

-

—

—

—

—

|

|

|

4

4

117.643<sup>a</sup>

**Къ этиологiи и казуистикѣ**  
**volvulus'a**  
**ТОЛСТЫХЪ КИШЕКЪ.**

(Изъ хирургической клиники профессора В. Коха).

**ДИССЕРТАЦІЯ**

на степень

**ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ**

**Александра Эпштейна.**

**Оппоненты :**

Проз. Д-ръ Г. Адольфи. — Проф. Д-ръ А. П. Губаревъ. — Проф. Д-ръ В. Кохъ.

**ЮРЬЕВЪ.**

Печатано въ типо-литографіи Г. Лакмана.  
1895.

Печатано съ разрѣшеніи Медицинскаго Факультета Императорскаго Юрьевскаго  
Университета.

Юрьевъ, 3 мая 1895 г.

№ 261

Деканъ: С. Васильевъ.

i 27982397

D 129 895

*Моимъ*

•

*дорогимъ родителямъ.*

\_\_\_\_\_

Полный чувства благодарности ко всемъ моимъ учителямъ здѣшняго университета за научную подготовку, которую они мнѣ дали, я считаю себя особенно обязаннымъ моему высокоуважаемому учителю, профессору хирургіи и директору хирургической клиники, д-ру В. Коху за его обученіе меня во время моего студенчества и въ особенности за тѣ свѣдѣнія и помощь, которую онъ мнѣ доставилъ при выполненіи предлагаемаго труда.

Считаю также долгомъ выразить свою искреннюю благодарность многоуважаемому товарищу, д-ру Маріи Осиповнѣ Nageotte-Вильбушевичъ въ Парижѣ, за доставленіе мнѣ свѣдѣній по нѣкоторымъ не доступнымъ мнѣ источникамъ.



## Введение.

Къ огромному числу работъ, которыя были написаны по вопросу о непроходимости кишекъ, я осмѣливаюсь прибавить еще одну. Еслибы я не надѣялся внести что-нибудь новое для разъясненія этого вопроса, то моя работа послѣ такихъ классическихъ трудовъ, какъ Пирогова, Кютнера и Грубера въ Россіи, Рокитанскаго, Лейхтенштерна и Uhde въ Германіи, Duchassou и Reugot во Франціи и Treves'a въ Англіи была бы простымъ повтореніемъ давно извѣстнаго. Не имѣло бы также особеннаго значенія, еслибы я прибавилъ еще нѣсколько наблюденій къ тому огромному числу, которое разсѣяно въ литературѣ. О большемъ же числѣ наблюденій и рѣчи быть не можетъ: оно доступно только большимъ клиникамъ и больницамъ въ продолженіе многихъ лѣтъ. Новая точка зрѣнія, съ которой я думаю освѣтить предложенный вопросъ, даетъ мнѣ смѣлость писать о немъ.

До сихъ поръ *volvulus* разсматривался съ топографическо-анатомической точки зрѣнія, какъ напримѣръ Рокитанскимъ, Груберомъ и Кютнеромъ; со статистической — Лейхтенштерномъ; съ клинической Пироговымъ, Duchassou, Treves, фонъ Вальемъ и его ученикомъ Цеге-фонъ-Мантейфелемъ, или, наконецъ, съ терапевтической — Uhde и Reugot. Правда, упомянутые ученые касаются болѣе или менѣе и



другихъ сторонъ вопроса, по названныя точки зрѣнія, я думаю, у нихъ являются господствующими. Поэтому у названныхъ авторовъ рассматривается вмѣстѣ непроходимость кишекъ различнаго рода и разные виды ея раздѣляются различно на группы.

При обзорѣ литературы непроходимости кишекъ я пришелъ къ убѣжденію, что тѣ случаи, которые должны быть названы случаями *volvulus*'а, зависятъ отъ особаго прирожденнаго анатомическаго устройства и положенія кишекъ и ихъ брыжейки. Въ этомъ то прирожденномъ анатомическомъ строеніи лежитъ главная причина болѣзни, а то, что обыкновенно признается причиной, есть только толчекъ, который способствуетъ появленію припадка. Для доказательства этого вывода я собралъ тѣ случаи ненормальнаго положенія толстыхъ кишекъ, которые при жизни не производили никакихъ явленій, или, во всякомъ случаѣ, не такія, какія бываютъ при непроходимости кишекъ. Изъ этого видно, что кишки, гораздо чаще, чѣмъ обыкновенно думаютъ, уклоняются отъ того положенія, которое принято считать нормальнымъ. За этими случаями уклоненія толстыхъ кишекъ отъ ихъ нормальнаго положенія слѣдуютъ тѣ случаи ненормальнаго положенія кишекъ, которые производили у надѣленныхъ ими индивидуумовъ явленія непроходимости кишекъ. Обыкновенно эти случаи обозначаются названіемъ *volvulus*, если примемъ во вниманіе терминологію новѣйшаго времени, потому что прежде этимъ именемъ обозначали различныя болѣзни, какъ это видно будетъ изъ историческаго обзора. Только со временъ Рокитанскаго завороты кишекъ выдѣлили въ особую группу и назвали именемъ *volvulus* (этимологически, но исторически не вѣрно, — отъ латинскаго *volvere*). *Vesnier* въ 1860 году разбилъ эту общую группу на нѣсколько отдѣловъ, но его классификація еще не вошла въ общее употребленіе, и клиницисты считаютъ себя обыкновенно удовлетвореннымъ, если ему

удастся поставить діагнозъ — непроходимость кишекъ, хотя съ терапевтической точки зрѣнія весьма важно точнѣе опредѣлить, какого рода эта непроходимость. Я сдѣлалъ попытку въ настоящей работѣ раздѣлить *volvulus* толстыхъ кишекъ на его различные виды. При этой классификаціи я руководствовался сложностью заворота. Если представить себѣ прямую трубку, которая въ какомъ-нибудь мѣстѣ ея протяженія перегнулась черезъ ея поперечную ось, то форма, какую она при этомъ приняла, представитъ самую простую форму измѣненія положенія, которое въ кишкахъ ведетъ къ закрытію ихъ просвѣта. Такой загибъ въ кишкахъ называется — *inflexio*. Если загибъ дойдетъ до такой степени, что стороны угла настолько приблизятся другъ къ другу, что станутъ параллельными между собою, т. е. когда уголъ станетъ равнымъ нулю, то изъ этой формы легко можно вывести то измѣненіе въ положеніи кишки, которое называется вращеніемъ около продольной оси. Въ самомъ дѣлѣ, если представить себѣ, что эластическая трубка, какой являются кишки, такъ согнута, что обѣ части загиба параллельны, и что, при неподвижности одной, другая вращается въ той же плоскости, то при поворотѣ послѣдней въ  $180^{\circ}$  трубка приметъ то положеніе, которое называется вращеніемъ около продольной оси въ  $180^{\circ}$ . Правда, въ кишкахъ вращеніе вокругъ продольной оси не всегда происходитъ упомянутымъ образомъ, но я позволилъ себѣ ввести эту схему, потому что встрѣчаются формы вращенія кишекъ, промежуточные между вращеніемъ около поперечной и продольной оси, а главнымъ образомъ для того, чтобы установить связь, хотя искусственную, между простыми формами заворота кишекъ и болѣе сложными. Изъ вращенія около оси въ  $180^{\circ}$  легко вывести дальнѣйшія степени вращенія, то есть вращенія болѣе, чѣмъ въ  $180^{\circ}$ . За вращеніемъ кишечной трубки около своей продольной оси, слѣдуетъ вращенія кишечной петли около оси, находящейся между колѣнами этой петли или, какъ обык-

новенно говорятъ, вокругъ оси брыжейки. Наконецъ, слѣдуютъ вращенія двухъ петель между собою. При этомъ слѣдуетъ замѣтить, что въ послѣднемъ случаѣ обыкновенно одна петля вращается около другой, между тѣмъ какъ послѣдняя остается неподвижной или во всякомъ случаѣ претерпѣваетъ незначительныя вращенія, такъ что не происходитъ кишечныхъ узловъ, какъ обыкновенно называютъ эти завороты; одна петля только обвиваетъ другую.

При обзорѣ всѣхъ этихъ видовъ патологическихъ заворотовъ кишекъ оказывается, что у нихъ бываетъ эмбриологическо-анатомическое предрасположеніе, которое благоприятствуетъ ихъ развитію, и что припадокъ непроходимости кишекъ является подъ вліяніемъ какого-нибудь толчка.

Что касается терапевтической стороны вопроса, то приводятся случаи его хирургическаго леченія въ самой древней литературѣ. Caelius Aurelianus рассказываетъ еще о Праксагорѣ, будто онъ открылъ полость живота, чтобы расправить ненормальное положеніе кишекъ. Подобные случаи приводятся Раульомъ Barbett'омъ, Bonet'омъ и др. Но всѣ они приводятся, какъ диковинки, которыя не нашли себѣ подражанія. Притомъ представляется неяснымъ, не относились ли нѣкоторые изъ нихъ къ обыкновеннымъ герниотоміямъ. Въ 1710 г. Littre предложилъ сдѣлать anus praeternaturalis въ случаяхъ имперфораций кишечника. Однако, прошло болѣе столѣтія, прежде чѣмъ этотъ способъ укоренился въ практикѣ, благодаря трудамъ Calissen'a и Amussat'a. Съ этихъ поръ хирургія распространила свой кругъ дѣйствій надъ кишечникомъ въ полости живота и скоро заспорила съ внутренней медициной о правѣ вмѣшательства въ случаяхъ ileus'a. Споръ о томъ, подлежатъ ли случаи ileus'a внутреннему или хирургическому леченію еще до сихъ поръ не рѣшенъ окончательно, и вопросъ объ этомъ очень часто рассматривается на медицинскихъ сѣздахъ и въ различныхъ медицинскихъ статьяхъ.

Защитники одного и другого мнѣнія приводятъ свои статистическія наблюденія, въ подтвержденіе своихъ доводовъ. Одна основная причина спора едва ли не кроется въ невыясненности предмета разногласій. Старые термины *ileus*, *volvulus* еще въ употребленіи, между тѣмъ какъ этими терминами не обозначаютъ болѣзни съ опредѣленной анатомической подкладкой, а только совокупность нѣкоторыхъ симптомовъ. Въ тѣхъ болѣзненныхъ проявленіяхъ, которыя обозначаются именемъ *ileus*, существуетъ большое разнообразіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ *restitutio ad integrum* возможно посредствомъ силъ самого организма или при помощи лѣкарствъ, въ другихъ же случаяхъ излѣченіе такихъ путемъ невысказано. Въ самомъ дѣлѣ, легко допустить, что обыкновенный копростазъ можетъ пройти самъ по себѣ или при помощи медикаментовъ. То-же самое можетъ случиться при благопріятныхъ обстоятельствахъ въ случаѣ закрытія кишечника желчнымъ или кишечнымъ камнемъ. Если какая-нибудь кишечная петля или брыжейка своей тяжестью давить на другую и мѣшаетъ проходимости послѣдней, то легко можно себѣ представить, что давящая кишка какимъ-нибудь образомъ опорожнится или будетъ сдвинута со сдавливаемой кишки, давленіе такимъ образомъ уменьшится или совсѣмъ уничтожится, и проходимость кишокъ опять возстановится. При поворотѣ кишки вокругъ продольной оси, если поворотъ еще не особенно великъ, т. е. дуга поворота не особенно велика, и странгуляція въ центрѣ поворота не особенно сильна, можетъ, пожалуй, случиться, что распутываніе произойдетъ безъ хирургическаго вмѣшательства. Но какая сила, присущая самому организму, или вызванная въ немъ лѣкарствами, въ состояніи разорвать тяжи, сдавливающія кишку, или освободить послѣднюю отъ первыхъ? Какая сила можетъ распутать кишечный узелъ или развернуть заворотъ, если завороченная кишка раздута и этимъ заворотъ укрѣпленъ? Вполнѣ понятно, что при *ileus'*, вызванномъ различными причинами, и лѣченіе должно

быть различное. Не о томъ слѣдуетъ спорить, лѣчить ли ileus вообще хирургически или терапевтически, а въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ необходимо опредѣлить причину, вызвавшую его; она же можетъ быть найдена только тогда, когда имѣется ясное понятіе объ анатомической подкладкѣ каждаго случая. Какъ въ анатоміи ileus'a, такъ и въ его этиологіи существуетъ еще масса пробѣловъ, и терапія его только тогда можетъ стать на строго научную почву, когда эти пробѣлы будутъ пополнены. Хотя Эберсъ еще въ 1829 г. называетъ вопросъ объ ileus'ѣ сжатымъ полемъ, на которомъ остались лишь отдѣльные несжатые колосья, я все таки думаю, что относительно этого вопроса можно теперь повторить слова Сенеки: «*Multa scripserunt, qui ante nos fuerunt, sed multum restat adhuc operis multumque restabit nec ulli nato post mille saecula praecludetur occasio aliquid adjiciendi*».

## Историческій обзоръ.

Понятіе объ ileus'ѣ существовало уже въ самой глубокой древности. Уже въ индѣйскомъ Ayur-Veda Susruta упоминается о немъ и рекомендуется при запорахъ и вздутіи живота вскрыть брюшную полость на лѣвой сторонѣ, на разстояніи 4 пальцевъ отъ края волосъ, вытянуть кишку, осмотрѣть ее и устранить причину, закрывающую просвѣтъ кишки.

При обзорѣ дальнѣйшей исторіи ileus'a видно, какъ понятіе о немъ мало по малу развивалось, какъ царствующая въ этомъ вопросѣ тѣма мало по малу разсѣивалась, и если еще до сихъ поръ въ немъ существуетъ много неяснаго, то во всякомъ случаѣ мы настолько подвинулись впередъ, что сознаемъ, чего еще въ немъ не хватаетъ.

Въ старину, когда анатомія еще не существовала, какъ наука, и медицина основывалась лишь на отдѣльныхъ наблюденіяхъ, не приведенныхъ въ систему, и на произвольныхъ заключеніяхъ, выведенныхъ изъ нихъ, соединяли въ одну группу такіа болѣзни, которыя проявлялись сильными болями въ животѣ, запоромъ и рвотой. Попятно, что этими симптомами могутъ характеризоваться различныя болѣзни. Но древніе, которые судили о болѣзни только по ея симптомамъ, соединяли упомянутую совокупность ихъ подъ однимъ названіемъ и старались согласовать ее съ господствующей теоріей. Гипократъ, который вообще приписывалъ прос-

тудѣ огромное значеніе, назвалъ эту болѣзнь  $\epsilon\acute{\iota}\lambda\epsilon\upsilon\varsigma$  — ileus и объяснялъ ея происхожденіе нагрѣваніемъ верхней части тѣла и простудой нижней. Сущность ея, по мнѣнію Гиппократъ, состояла въ воспаленіи кишекъ. „*Resicatur enim intestinum et constipatur ex inflammatione, ita ut neque alimenta transmittat. Venter durus sit et vomit interdum imprimis quidem pituitosa, deinde vero biliosa, tandem etiam stercus.*“ Названіе *volvulus* есть только латинизированное греческое  $\epsilon\acute{\iota}\lambda\epsilon\upsilon\varsigma$  — ileus. Оно не обозначаетъ заворота, какъ можно было бы заключить по этимологическому его происхожденію отъ слова *volvere*,  $\epsilon\acute{\iota}\lambda\epsilon\acute{\iota}\nu$  или  $\epsilon\acute{\iota}\lambda\acute{o}\epsilon\acute{\iota}\nu$ , т. е., что кишки при этой болѣзни заворочены. Этимъ словомъ выражается, что болѣзнь находится въ извилистыхъ, т. е. тонкихъ кишкахъ, или какъ *Agaeus* объясняетъ, что болѣзнь вращается въ кишкахъ. „*Commoratur (morbus) diu, perque superiorum intestinorum angustos anfractus volvitur, unde et affectus nomen accepit.*“ Вѣроятно же всего, что этимъ именемъ хотѣли выразить, что больной извивается въ своихъ мукахъ, отчего произошло и болѣе позднее названіе, которое далъ этой болѣзни *Caecilius Aurelianus* — *tormentum acutum*, и оно соотвѣтствуетъ такимъ образомъ еще болѣе позднему синониму *miserere* или *miserere mei*. *Diocles Carystius*, который ввелъ въ терапію ileus'a оловянные шарики, вытѣсненные потомъ *argento vivo*, кажется, сдѣлалъ дальнѣйшій шагъ въ своемъ наблюденіи и замѣтилъ, что ileus не одна болѣзнь. Онъ раздѣлилъ ее на ileus тонкихъ кишекъ и ileus толстыхъ, оставивъ для одного старое названіе съ перемѣной  $\epsilon\acute{\iota}\lambda\epsilon\upsilon\varsigma$  въ  $\epsilon\acute{\iota}\lambda\epsilon\acute{\iota}\nu$ , а другой названъ *chordarus*. Не слѣдуетъ однако думать, что онъ руководствовался какими нибудь анатомическими данными; по всей вѣроятности, мѣриломъ для него служило болѣзненное мѣсто въ животѣ. Что касается терминовъ ileus и *chordarus*, то послѣ Галена послѣдній употреблялся для обозначенія болѣзни тонкихъ кишекъ, между тѣмъ какъ

Dioclius его употребилъ какъ разъ наоборотъ, какъ видно изъ приведеннаго отрывка изъ Ареtea, гдѣ сказано затѣмъ „Quod si ad tormina et remollitio intestinorum accesserit, malumque immum ventrem superaverit id vero jam chordapsus est“. Въ такомъ видѣ это ученіе держалось съ незначительными измѣненіями до арабскаго періода, причемъ причину возникновенія болѣзни видѣли въ накопленіи flatus или по Галену materiae pituitosae и считали ее флегмоной кишечника. Въ арабскій періодъ и позднѣе ученіе объ ileus'ѣ стало еще болѣе запутаннымъ. Въ это ученіе внесень былъ какой-то мистическій элементъ безъ яснаго представленія о томъ, что хотятъ выразить толкованіемъ этой болѣзни, и какъ представить себѣ ее. Арабы раздѣлили эту болѣзнь на 5 степеней, но это дѣленіе было вполне произвольное. Парацельсъ, проникнутый ученіемъ арабовъ, объяснилъ происхожденіе ileus'a спазмомъ кишечника вслѣдствіе раздраженія Tartarus'a. Van Helmon соединилъ гиппократовское ученіе съ арабскимъ толкованіемъ и объяснилъ происхожденіе ileus'a усиленнымъ развитіемъ газовъ вслѣдствіе какой-то ideae morbosae Archaeus'a. Далѣе, съ перемѣной теорій въ медицинѣ мѣнялось и ученіе объ ileus'ѣ, которое приравнивали къ господствующей теоріи, но отъ этого вопросъ мало выяснялся. Представители гуморальной теоріи создали ileum humoralem ab humorum anarrhopia по Sennert'у, или по Cartesius'у вслѣдствіе скопленія humores acres, mordentes, biliosi, pituitosi; по Sydenham'у причисляющему ileus къ симптомамъ лихорадки — отъ какой-то materiae febrilis. Одновременно съ этимъ признавали ileum происходящимъ отъ газовъ — ileus tympaniticus, flatulentus, physodes, и считали его за ileus verus, между тѣмъ какъ ileus, происходящій отъ механическихъ причинъ называли ileus'омъ nothus. Это мнѣніе держалось до начала прошлаго столѣтія. Невропатологи старались прировнять ileus своей теоріи и создали ileum spasmo-



*dicum* (Sauvage) и *ileum paralyticum*. Такимъ образомъ теоріи смѣнялись, но болѣзнь все оставалась темной, мало понятной. Ее ставили въ различные классы и порядки болѣзней, спорили о главномъ симптомѣ этой болѣзни и создали для нея огромную номенклатуру. Легко понятно, что при такихъ ученіяхъ разныя болѣзни подопли подъ названіе *ileus*, описывали даже хроническій и эпидемическій *ileus*. Одновременно съ этой путаницей въ теоретическомъ толкованіи *ileus*'а мало по мало развился источникъ, которому суждено было освѣтить эту темноту. При развитіи анатоміи въ 16-омъ столѣтіи замѣтили вѣдреніе кишекъ. Въ 17-омъ описали тяжи, странгулирующіе кишечникъ, и наконецъ въ 18-омъ стали появляться наблюденія заворотовъ кишекъ. Но эти данныя не такъ легко вошли въ область практической медицины. Врачи не приравнивали теоріи къ фактамъ, а старались подогнать факты къ господствующей теоріи. Вѣдреніе кишекъ и завороты считались не причинами *ileus*'а, а слѣдствіемъ его. Многіе не хотѣли допустить совсѣмъ возможности заворота кишекъ.

Morgagni, приводя между различными причинами *ileus*'а заворотъ кишекъ, прибавляетъ, что это немыслимо безъ отдѣленія ихъ отъ брыжейки. Въ такомъ же смыслѣ высказывается Ruysch. Kerekring говорятъ, что кто имѣетъ хоть малое понятіе объ анатоміи, легко пойметъ, что образованіе узловъ невозможно: „quod ea intestina ita convolvantur et contorqueantur in nodum, ut propterea excrementis ad inferiora negerunt descensus; quod vel tantillum in anatomia versato fieri nulla ratione posse, statim apparebit; cum intestina omnia mesenterio ita alligata et illigata contemplabitur, ut imaginaria fiat ista convolutio“.

Даже въ первый половинѣ настоящаго столѣтія, въ 1836 г. Grosheim также сомнѣвается, встрѣчаются ли завороты и узлы кишекъ. Въ то же время, когда анатомическія данныя *ileus*'а уже завоевали себѣ мѣсто въ

этиологии его, параллельно съ ними держались еще старыя воззрѣнія, на происхожденіе этой болѣзни и въ литературѣ встрѣчаются еще спазматическій, паралитический и т. п. роды *ileus'a*. Но разъ научились доискиваться причины болѣзни на трупѣ, случаи, которые должны быть объяснены только на основаніи теоріи, отступаютъ на задній планъ и являются все рѣже и рѣже. Поэтому случаи *ileus'a*, какъ болѣе ограниченной болѣзни, появляются въ описаніяхъ уже не такъ часто. Это замѣтили и современники. Такъ Hauff, Ebers и др. не могутъ себѣ объяснить, почему въ ихъ время случаи *ileus'a* стали рѣже, между тѣмъ какъ древнія сочиненія изобилуютъ ими. Специально относительно заворотовъ слѣдуетъ замѣтить, что описанія этихъ случаевъ у древнихъ, у которыхъ они и встрѣчаются, весьма неясны: они обыкновенно ограничиваются общими выраженіями, что кишки были запутаны, завернуты и т. п., не опредѣляя точнѣе какимъ образомъ. Лишь Рокитанскій въ 1836 г. на основаніи 15 наблюденныхъ имъ случаевъ непроходимости кишекъ привелъ ихъ въ систему, которая признается еще до настоящаго времени. Его система основывается на патолого-анатомическихъ данныхъ, и этого рода основаніе есть единственно вѣрное для яснаго пониманія этой болѣзни. Такого рода система имѣетъ не только теоретическое, но и громадное практическое значеніе. Только когда существуетъ ясное понятіе о той анатомической картинѣ, какую представляетъ каждый данный случай непроходимости кишекъ, можно точно опредѣлить у постели больного, какимъ образомъ устранить ее. Изъ историческаго обзора видно, что съ развитіемъ анатоміи *volvulus'a* идетъ рука объ руку и его терапія. Между тѣмъ какъ до 18-го столѣтія послѣдняя не ушла особенно далеко отъ ученія Гиппократъ и *Caelius'а Aurelianus'a*, и главныя средства ея состояли въ кровопусканіи и клизмахъ различнаго состава или въ слабительныхъ и проносныхъ,

теперь принято бороться съ этой болѣзнью успокаивающими наркотическими средствами или хирургическимъ путемъ прямо устранять причину. Правда, вопросъ о лапаротоміи при непроходимости кишекъ еще не окончательно рѣшенъ, но и противники ея только тогда не допускаютъ ея примѣненія, когда не удастся поставить точнаго діагноза, какого происхожденія данный случай непроходимости кишекъ. Если сравнимъ воззрѣнія, какія Невіп высказываетъ въ своемъ знаменитомъ мемуарѣ относительно хирургическаго вмѣшательства при ілеус'ѣ, съ теперешними, то мы видимъ, что его отрицаніе этого рода леченія происходитъ главнымъ образомъ отъ того, что причина ілеуса вообще неизвѣстна, между тѣмъ какъ теперь противники хирургическаго вмѣшательства не признаютъ его только для тѣхъ случаевъ, когда діагнозъ не ясенъ. И такъ, главнымъ успѣхомъ въ ученіи о volvulus'ѣ слѣдуетъ считать точное пониманіе анатоміи пораженной кишки.

При обзорѣ опубликованныхъ случаевъ volvulus'a невольно приходишь къ убѣжденію, что классификація, какую ей далъ Рокитанскій, стала слишкомъ общей и что теперь требуется уже болѣе подробная. Далѣе, для болѣе точнаго пониманія volvulus'a необходимо разъяснить, отчего и какимъ образомъ онъ развивается.

---

## Анатомическія замѣчанія.

И не намѣренъ въ этомъ отдѣлѣ повторять анатомію толстыхъ кишекъ и ихъ брюшинныхъ покрововъ и прикрѣпленій, что можно найти въ любомъ учебникѣ по анатоміи. Мы хотѣлось бы только обратить вниманіе на нѣкоторые пункты, которые имѣютъ значеніе для развитія неправильнаго положенія кишекъ.

Положеніе толстыхъ кишекъ въ сравненіи съ положеніемъ другихъ органовъ, какъ-то мускуловъ, нервовъ, сосудовъ и проч., не опредѣлено такъ рѣзко. Хотя оно подвержено меньшимъ колебаніямъ, чѣмъ положеніе тонкихъ кишекъ, однако и толстыя подвержены значительнымъ измѣненіямъ въ своемъ положеніи, даже въ нормальныхъ случаяхъ. Эти измѣненія зависятъ отъ причинъ прямыхъ и косвенныхъ. Прежде всего измѣненія ихъ положенія вызываются измѣненіемъ ихъ объема. Если толстыя кишки, или какая-нибудь часть ихъ, наполняются газами, то онѣ пассивно расширяются равномерно въ длину и ширину. При этомъ менѣе прикрѣпленныя части кишекъ занимаютъ границація съ ними части полости живота. Если бы въ полости живота не находилось ничего другого, кромѣ толстыхъ кишекъ, то при опредѣленномъ прикрѣпленіи послѣднихъ легко можно было бы себѣ составить понятіе о томъ положеніи, какое онѣ примутъ при ихъ увеличеніи. На самомъ же дѣлѣ толстыя кишки находятся не въ пустой брюшной по-

лости, а слѣдовательно при ихъ растяженіи положеніе, которое онѣ примутъ, будетъ зависѣть отъ степени наполненія и отъ положенія тонкихъ кишекъ и другихъ органовъ живота и таза; ихъ положеніе станетъ такимъ образомъ результатомъ двухъ силъ: ихъ растяженія и сопротивленія, какое представляютъ имъ другіе органы. Въ виду измѣнчивости послѣдней силы и результатъ названныхъ двухъ силъ будетъ измѣняться. Кромѣ того имѣютъ косвенное вліяніе на положеніе толстыхъ кишекъ другіе органы. Будучи прикрѣплены посредствомъ брюшины къ печени, грудобрюшной преградѣ, желудку, маткѣ и др., толстыя кишки будутъ зависимы въ своемъ положеніи также отъ положенія этихъ органовъ.

Далѣе, при растяженіи вслѣдствіе накопленія каловыхъ массъ растяженіе толстаго кишечника будетъ неравномѣрное, такъ какъ эти массы будутъ растягивать ихъ своей тяжестью, слѣдовательно только въ одномъ направленіи. Сокращеніе кишечника также неравномѣрно во всѣхъ направленіяхъ: оно происходитъ подъ вліяніемъ мускулатуры кишечника, а продольныя волокна дѣйствуютъ независимо отъ поперечныхъ. Вышесказанное зависитъ отъ фізіологическихъ функцій толстыхъ кишекъ, слѣдовательно упомянутыя измѣненія положенія нормальнаго кишечника могутъ происходить у всякаго индивидуума. Кромѣ того индивидуальныя отклоненія въ положеніи толстыхъ кишекъ анатомическаго характера встрѣчаются слишкомъ часто. Для болѣе яснаго понятія о степени и родѣ этихъ измѣненій въ положеніи толстыхъ кишекъ, я позволю себѣ привести данныя, найденныя Энгелемъ относительно этого вопроса. Слѣпая кишка, хотя мало измѣнчивая въ своемъ положеніи, вслѣдствіе неполнаго ея брюшиннаго покрова, можетъ однако измѣнять свое положеніе въ области, которая граничитъ сверху съ *crista ossis ilei dextra*, внизу эта область простирается до основанія мѣшка брюшины въ тазу, налѣво заходитъ за пупокъ. При движеніи въ этой области она можетъ также

повернуться около своей продольной оси на 90°. Въ 100 трупахъ, изслѣдованныхъ Энгелемъ относительно положенія въ нихъ сосисш'а, найдено, что послѣднй бываетъ:

въ среднемъ положеніи . . .	10 разъ
высоко надъ musc. psoas . . .	28 »
надъ symphysis . . . . .	30 »
глубоко въ полости таза . . .	8 »
въ области пупка . . . . .	4 »

Менѣе измѣнчивы въ своемъ положеніи въ нормальныхъ случаяхъ — colon asc. и desc. Напротивъ того, col. transv. обладаетъ полемъ передвиженія, которое простирается отъ scrobiculi cordis до высоты promontorii, причемъ онъ можетъ принять также различную форму. Уже въ не растянутомъ состояніи онъ обыкновенно длиннѣе прямой линіи, проведенной поперечно черезъ mesogastrium. Будучи раздутъ газами онъ обыкновенно образуетъ выпуклую кверху дугу съ симметрически расположенными колѣнами, или лѣвое колѣно дуги немножко выше праваго, а верхушка этой дуги достигаетъ scrobiculum cordis. Иногда онъ образуетъ кривую, состоящую изъ нѣсколькихъ, различно расположенныхъ дугъ. Принимаетъ онъ по временамъ и форму угла различной величины, смотря по положенію верхушки и длинѣ сторонъ. Это главные формы, какія col. transvers. можетъ принять, но бываютъ и другія болѣе сложныя, состоящія изъ разнообразнаго сочетанія угловъ, дугъ и петель, какія онъ можетъ образовать на своемъ протяженіи отъ flex. coli hepatica до flex. coli lienalis. Я не хочу приводить здѣсь этого громаднаго разнообразія, а ограничусь общимъ положеніемъ, что почти нѣтъ точки во всей полости живота, гдѣ не возможно было бы натолкнуться на col. transversum. Далѣе, существуетъ законъ для всякой кишечной петли, что чѣмъ болѣе она раздута газами, тѣмъ болѣе она стремится приблизиться къ поверхности живота. Это объ-

ясняется тѣмъ, что чѣмъ болѣе кишка вздута, тѣмъ длиннѣе она становится и, слѣдовательно, должна образовать дугу, а это возможно только при удаленіи отъ задней стѣнки живота, т. е. отъ мѣста прикрѣпленія кишекъ. Если примѣнимъ этотъ законъ къ *col. transv.*, то легко понятно, что при наполненіи газами его *mesocolon* приметъ положеніе болѣе или менѣе поперечное и горизонтальное въ полости живота. Принявъ во вниманіе, что тонкія кишки находятся подъ *col. transv.*, а желудокъ сверху, легко понятно, что подъ вліяніемъ различнаго наполненія послѣднихъ можетъ произойти большее или меньшее вращеніе *col. transv.* около своей продольной оси. Если припомнимъ, что *col. transv.* на своемъ протяженіи можетъ образовать петли, то, понятно, что при этомъ легко можетъ случиться, что параллельныя колѣна такихъ петель могутъ подъ вліяніемъ упомянутыхъ силъ принять перекрестное положеніе, и находящійся между ними *mesocolon* при этомъ подвергнется вращенію около своей оси. Наконецъ, встрѣчаются еще такого рода петли, которыя анатомически такъ расположены, что одно колѣно перекрещиваетъ другое, — у такихъ можетъ наступить подъ вліяніемъ упомянутыхъ факторовъ усиленіе первоначальнаго заворота. Но слѣдуетъ замѣтить, что упомянутые завороты легко могутъ выпрямиться подъ вліяніемъ силъ самого организма. Правда, трудно доказать, что такого рода завороты доставили богатый матеріалъ для прославленія описанныхъ въ различныя времена различныхъ средствъ противъ *ileus'a*, но и отрицать эту возможность тоже нельзя.

Col. transversum находится по Ангелю изъ 100 случаевъ:			
передъ желудкомъ въ . . . . .	16-и случаяхъ,		
въ <i>epigastrium</i> , подъ желудкомъ въ . . . .	44	»	
передъ нижнимъ краемъ печени въ . . . .	2	»	
передъ <i>coecum</i> или <i>flex. sigm.</i> въ . . . .	10	»	
позади тонкихъ кишекъ въ . . . . .	16	»	
достигаетъ внизу <i>promontorium</i> въ . . . .	4	»	

По измѣнчивости своей формы и положенія за поперечной ободочной кишкой слѣдуетъ поставить flex. sigmoid. Ея положеніе анатомически подвержено весьма значительнымъ колебаніямъ. Это видно уже по различному описанію ея у различныхъ анатомовъ. Sappey, описывая flex. sigmoid., замѣчаетъ при этомъ, что она «наиболѣе подвижная изъ 4-хъ частей ободочной кишки» и приводитъ это въ связь съ ея mesocolon'омъ. Послѣдній «имѣетъ иногда такую длину, что позволяетъ flexurae sigmoid. подняться до пупка и даже перейти направо до внутренней стороны слѣпой кишки. Она прилегаетъ у взрослаго въ растянутомъ состояніи къ передней стѣнкѣ живота, въ спавшемся же къ извилинамъ подвздошной кишки, которыя ее покрываютъ. Иногда эти извилины, выдвѣраясь между нею и брюшной стѣнкой, оттѣсняютъ ее кверху и кнаружи, если она доходитъ до пупка или до слѣпой кишки.» Вслѣдствіе своего значенія при случаяхъ atresia ani, вопросъ о положеніи flexurae sigmoid. далъ поводъ къ горячимъ спорамъ у французскихъ хирурговъ, причемъ относительно этого были высказаны различныя мнѣнія. Для общей характеристики различныхъ положеній, какія эта кишечная петля можетъ принять, слѣдуетъ замѣтить слѣдующее. Между тѣмъ какъ ея концы мало измѣнчивы въ своемъ положеніи, верхушка можетъ находиться во всякой точкѣ пространства, которое ограничивается спереди и сзади соответствующими стѣнками живота, а съ боковъ эллипсообразной линіей, которая тянется отъ promontorium'a до праваго края малаго таза, потомъ далѣе кверху до области печени и возвращается черезъ scrobiculum cordis и лѣвое подреберье опять къ promontorium'у. Встрѣчаются также случаи, что flex. sigmoid. образуетъ 2 дуги или петли, выпуклыя кверху одинаковой или различной величины. Принявъ во вниманіе упомянутые общіе принципы о зависимости положенія кишки отъ ея наполненія и отъ положенія и наполненія другихъ органовъ, — легко понятно,



что, при такой анатомической измѣнчивости flex. sign, отдѣльныя ея части могутъ стать въ различное отношеніе между собою и къ другимъ органамъ живота и таза.

Энгель нашелъ, что flexura sigmoidea достигаетъ до лѣваго подреберья въ . . . . . 8 случ.,  
epigastrium въ . . . . . 6 »  
находится въ правомъ подреберьи въ . . . . . 2 »  
передъ слѣпой кишкой въ . . . . . 6 »  
лежитъ поперечно въ нижней области живота въ . . . . . 16 »

Самсонъ нашелъ ее

въ положеніи типическомъ . . . . . 18 разъ 44 0/0  
свѣсившейся въ тазу . . . . . 6 » 14 0/0  
простирающейся до печени . . . . . 9 » 7 0/0  
простир. до слѣпой кишки . . . . . 1 » 2 0/0  
въ состояніи заворота въ тазу . . . . . 5 » 12 0/0  
достигающей селезенки . . . . . 5 » 12 0/0  
въ положеніи заворота въ области еpi-  
gastrium rectum en arrièrre . . . . . 1 » 2 0/0  
на прямой линіи отъ дна таза до конца  
colon . . . . . 1 » 2 0/0  
въ видѣ многихъ извилинъ въ тазу . . . . . 1 » 2 0/0

Насколько видно изъ приведенныхъ измѣненій положенія толстыхъ кишекъ, эти уклоненія настолько часты, что ихъ слѣдуетъ считать почти нормальными. Хотя на эти измѣненія положенія отчасти вліяетъ находящееся въ кишкахъ содержимое, однако главную роль при этомъ играетъ анатомическое устройство отдѣльныхъ частей кишечника: ихъ длина, форма и родъ прикрѣпленія ихъ брыжейки. Анатомическое же устройство весьма разнообразно, и это разнообразіе находитъ себѣ объясненіе въ исторіи развитія кишечника. Какъ извѣстно весь кишечникъ представляетъ собой на 4-ой недѣлѣ утробной жизни прямую, мало дифференцированную трубку, которая прикрѣплена кзади посредствомъ прямой соединительной пластинки перво-

начального mesenterium'a. На 5-ой и 6-ой недѣлѣ, когда желудокъ изъ своей веретенообразной формы переходитъ въ свою окончательную, и, вслѣдствіе роста остальнаго дистальнаго кишечника, развивается duodenum и пупочная петля, мы видимъ уже, что нѣкоторые отдѣлы кишечника имѣютъ болѣе длинную, а другіе болѣе короткую брыжейку; но брыжейка на всемъ своемъ протяженіи имѣетъ еще прямолинейное направленіе. Лишь въ 3-ьемъ мѣсяцѣ при поворотѣ желудка и восходящаго колѣна пупочной петли, т. е. будущей ободочной кишки, наступаютъ значительныя измѣненія въ направленіи брыжейки и она оставляетъ свое сагитальное направленіе, чтобы принять ту сложную форму, какою является у взрослаго. Если обратимъ вниманіе на mesocolon, который въ данной работѣ насъ больше всего интересуетъ, то видимъ, что онъ получаетъ свое направленіе вслѣдствіе своего сращенія съ заднею брюшной стѣнкой. Такимъ образомъ на 5-омъ мѣсяцѣ mesenterium commune прекращаетъ свое существованіе, чтобы уступить свое мѣсто mesenterium'у тонкихъ кишекъ и mesocolon'у.

Понятно, что упомянутое сращеніе mesenterium'a съ задней стѣнкой брюшной полости можетъ произойти на меньшемъ или большемъ отдаленіи отъ кишки и такимъ образомъ произойдетъ болѣе широкій или болѣе узкій mesocolon. Далѣе, mesocolon уменьшается еще въ своей ширинѣ вслѣдствіе своего неравномѣрнаго роста съ кишкой или по Душкѣ и Трейтцу съ задней брюшной стѣнкой. Понятно, что это отношеніе между ростомъ двухъ частей тоже можетъ измѣняться и соотвѣтственно этому будетъ измѣняться величина mesocolon'a. Наконецъ, слѣдуетъ замѣтить, что встрѣчаются случаи, гдѣ развитіе кишечника и брыжейки остановилось на эмбриональной ступени. Что касается частоты встрѣчающихся широкихъ mesocolon'овъ, то по Лесгафту широкій mesocolon desc. встрѣчается въ каждомъ 6-омъ трупѣ, а ascendens еще чаще.

Груберъ приписалъ особенное значеніе для развитія заворотовъ *flexurae sign.* и для происходящей отъ этого заворота странгуляціи кишки описанному имъ *lig. mesenterico-mesocolicum*. Само собою понятно, что болѣе сильное или слабое развитіе этого *lig.* зависитъ отъ его эмбриологическо-анатомическаго развитія. Но слѣдуетъ замѣтить, что еще не твердо установлено, имѣетъ ли въ самомъ дѣлѣ названная связка то значеніе для заворотовъ *flex. sign.*, какое ей приписалъ Груберъ, а за нимъ Широковъ и Кютнеръ, хотя они тоже не всегда описываютъ въ своихъ случаяхъ заворота; другіе не упоминаютъ совсѣмъ объ этой связкѣ. Фонъ-Самсонъ изслѣдовалъ около 100 труповъ на присутствіе упомянутой связки и не нашелъ ее и сомнѣвается вообще въ ея существованіи.

Длиннѣ кишечника, какъ цѣлаго Груберъ тоже приписалъ особенное значеніе для развитія заворотовъ и на съѣздѣ хирурговъ въ 1889 г. коснулись также этого вопроса, но изслѣдованія по этому вопросу еще не закончены, и различныя описанія еще слишкомъ расходятся между собою, чтобы изъ этого вывести какое-нибудь заключеніе. Но, если даже допустимъ, что у нѣкоторыхъ народовъ, какъ напр. по Груберу у русскихъ, кишечникъ длиннѣе, то это также объясняется эмбриолого-анатомическимъ развитіемъ, которое развилось и унаследовалось вслѣдствіе образа жизни. Длина кишечника можетъ быть объяснена еще сравнительно анатомически. Такъ извѣстно, напр., что у травоядныхъ животныхъ кишечникъ длиннѣе чѣмъ у плотоядныхъ и большее или меньшее развитіе кишечника можно было бы свести на атавистическія начала. Но такого рода объясненія еще слишкомъ преждевременны, и они повели бы насъ къ теоріямъ и гипотезамъ, которыя пока не могутъ быть вполне обоснованы; поэтому я ограничусь только этими указаніями и перейду къ фактамъ.

## Ненормальныя положенія толстыхъ кишекъ.

Какъ уже упомянуто, толстыя кишки даже въ нормальныхъ случаяхъ подвержены большимъ или меньшимъ уклоненіямъ въ своемъ положеніи. Хотя невозможно установить твердой границы между нормальнымъ и патологическимъ положеніемъ толстыхъ кишекъ, однако существуютъ случаи, которые по своему значительному уклоненію отъ своего обыкновеннаго положенія безъ сомнѣнія должны быть причислены къ патологическимъ, которые я и намѣренъ здѣсь привести. Я не буду касаться такихъ случаевъ ненормальнаго положенія, гдѣ кишечникъ остановился на ранней ступени своего развитія и представляетъ прямую трубку, какъ случай Dionis'a, Cabrol'a, Bellot'a, Рокитанскаго, Cruveilhier'a и другихъ. Пропущу также случаи частичнаго или полнаго *situs viscerum inversus*, громадная литература которыхъ приведена у Грубера<sup>73)</sup> \*). Наконецъ оставлю безъ вниманія и случаи ненормальнаго положенія толстыхъ кишекъ, комбинированные съ *hernia mesogastrica* или *diaphragmatica*, такъ какъ въ послѣднихъ измѣненія положенія могутъ быть объяснены, какъ явленія вторичныя, которыя насъ здѣсь не интересуютъ.

Эсквироль обращаетъ вниманіе на то обстоятельство, что у меланхоликовъ весьма часто встрѣчаются уклоненія

\*) Примѣчаніе. Сноски обозначаютъ N, подъ какимъ сочиненіе или статья помѣщена въ списокъ литературы.

отъ обыкновеннаго положенія толстыхъ кишекъ, особенно въ поперечной части. Annasly утверждаетъ, что въ Индіи весьма часто встрѣчаются разширенія и въ зависимости отъ этого измѣненія въ положеніи толстыхъ кишекъ, и онъ видитъ причину этого въ часто встрѣчающихся тамъ запорахъ. Такія общія указанія встрѣчаются въ литературѣ весьма часто. Кромѣ того, можно отмѣтить указанія въ литературѣ на отдѣльные случаи измѣненнаго положенія толстыхъ кишекъ. Въ виду трудности распредѣлить эти случаи въ систематическомъ порядкѣ, они ниже сгруппированы лишь хронологически.

Что касается причины этихъ измѣненныхъ положеній, то онѣ бываютъ троякаго рода. 1) Измѣненія въ положеніи зависятъ отъ отношенія длины толстыхъ кишекъ или какой-нибудь ихъ части къ длинѣ соответствующаго mesocolon'a; если кишка будетъ длиннѣе, чѣмъ его mesocolon, то она должна образовать складки или петли, которыя могутъ принять различное положеніе. 2) Измѣненія въ положеніи могутъ зависѣть отъ неправильнаго прикрѣпленія или чрезмѣрной величины mesocolon'a. Такъ какъ послѣдній удерживаетъ кишку въ опредѣленномъ положеніи, то съ измѣненіемъ его измѣнится также положеніе кишки. 3) Наконецъ, кишка можетъ измѣнить свое положеніе вслѣдствіе вліянія, какое оказываетъ на нее связка или пучекъ соединительной ткани, развившейся вслѣдствіе заболѣваній брюшины. Но послѣдняя группа измѣненій въ положеніи кишекъ, могущая повести даже къ полной непроходимости кишекъ, не входитъ въ настоящую работу, такъ какъ эта непроходимость является слѣдствіемъ прежнихъ заболѣваній и не имѣетъ никакого эмбриологическо-анатомическаго основанія. Эта группа измѣненій въ положеніи кишекъ должна быть разсматриваема, какъ предшествующая ступень тѣхъ случаевъ непроходимости кишекъ, которые обусловлены тяжами и патологически развитыми связками. Правда случается, что кишки срастаются своими

брюшинными покровами, если находятся долгое время въ соприкосновеніи одна съ другой; но въ такомъ случаѣ сращеніе является слѣдствіемъ неправильнаго положенія, а не наоборотъ. Первые двѣ группы бываютъ тоже комбинированы между собою. Наконецъ встрѣчаются случаи, гдѣ трудно указать причину неправильнаго положенія кишекъ.

Въ древней литературѣ наблюденія касательно неправильнаго положенія кишекъ почти что не встрѣчаются. На эти уклоненія древніе или не обращали вниманія, или если и описывали, то эти описанія такъ не ясны и такъ не точны, что по нимъ трудно себѣ составить понятіе о родѣ уклоненія. Часто встрѣчаются въ древней литературѣ указанія, что кишки были запутаны, завернуты, но безъ точнаго описанія этихъ случаевъ. Изъ случаевъ неправильнаго положенія кишекъ, какіе мнѣ удалось найти въ литературѣ, первые принадлежатъ Евстахію\*).

1. (Tab. II Fig. 5). Слѣпая кишка повернута вокругъ своей продольной оси такимъ образомъ, что *processus vermiformis* находится съ медіальной стороны, *col. ascend.* короче нормальнаго *flex. coli lienalis*, повернута такимъ образомъ, что колѣно ея, принадлежащее *col. desc.* лежитъ позади *col. transv.* Ни въ *coecum*ъ, ни въ *flex. coli* поворотъ не повелъ къ непроходимости.

2. (Tab. II. Fig. 6). *Col. transv.* такъ повернуть вокругъ своей продольной оси, кзади и книзу, что его концы лежатъ на *col. asc.* и *desc.* *Col. desc.* направляется сначала на незначительномъ разстояніи прямо книзу, потомъ образуетъ легкую дугу, выпуклую вправо.

Van Dooeveren приводитъ 3 случая неправильнаго положенія толстыхъ кишекъ; но при разсмотрѣніи ихъ видно, что между различными частями этихъ кишекъ существуютъ соединительно-тканныя сращенія, такъ что эти измѣненныя положенія отдѣльныхъ частей толстыхъ кишекъ, вѣроятно, явились

---

\*). Примѣчаніе. Цифры, поставленныя въ скобкахъ, обозначаютъ номера, подъ которыми наблюденія помѣщены въ оригиналахъ.

слѣдствіемъ прежнихъ перитонитическихъ заболѣваній, а потому я ихъ пропускаю.

Fleischmann описываетъ слѣдующіе 3 случая ненормальнаго положенія кишекъ.

3. У  $3\frac{1}{2}$  мѣсячнаго плода толстая кишка, начинаясь направо подъ печенью, направлялась горизонтально влѣво, потомъ внизъ ко входу въ малый тазъ около позвоночника. Отсюда она направлялась косо вверхъ къ слѣпой кишкѣ, а оттуда прямо въ тазъ.

4. У мальчика  $\frac{3}{4}$  года flex. sigmoid., перекрещивая позвоночникъ, направлялась вверхъ къ печени, а оттуда спускалась внизъ, чтобы направо перейти въ тазъ.

5. У дѣвочки  $4\frac{1}{2}$  лѣтъ flex. sigmoid. направлялась сначала вверхъ у внутренней стороны col. desc., потомъ вправо подъ col. transv. и, дошедши до позвоночника, направлялась по лѣвую сторону его въ малый тазъ.

Большое число ненормальнаго положенія толстыхъ кишекъ опубликовано Monterossi, но они имъ не описаны, а только представлены въ чертежахъ. Я приведу здѣсь ихъ описаніе по этимъ чертежамъ.

6. (3.) Препаратъ мальчика 3-хъ дней. Col. desc. образуетъ немножко выпуклую вправо дугу. Flex. sigmoid. образуетъ сначала выпуклую кверху дугу, затѣмъ направляется въ видѣ выпуклой книзу дуги поперекъ черезъ тазъ до праваго его края, впереди средней части прямой кишки. Съ праваго края таза она направляется дугообразно влѣво и достигаетъ почти середины col. desc., откуда въ видѣ концентрической дуги переходитъ въ прямую кишку.

7. (5.) Препаратъ дѣвочки 1-го дня. На col. transv. около flex. coli hepatis находится незначительная выпуклая книзу петля. Flex. sigmoid. идетъ въ косомъ направленіи черезъ тазъ сверху и справо внизъ и влѣво, причемъ она на своемъ протяженіи образуетъ 3 дуги, выпуклая кверху и вправо.

8. (6.) Препаратъ мальчика 8-и дней. Coecum имѣетъ форму поперечной трубки; при началѣ его находится маленькій мѣшокъ книзу, ileum впадаетъ по правую сторону этого мѣшка. Пройдя маленькое разстояніе вправо, coecum на-

правляется книзу и вправо, образуя внизу второй мышечекъ, въ которомъ внизу впадаетъ *processus vermiformis*. *Colon asc.* направляется немножко косо влѣво. *Flex. coli hepatica* образуетъ маленькую петлю кверху и вправо; отъ этой петли *col. transv.* въ правой своей половинѣ образуетъ выпуклую книзу дугу. *Col. desc.*, начиная со второй своей трети, образуетъ форму отраженного изображенія латинскаго *s*. *Flexura sigmoid.*, какъ продолженіе нижняго колѣна названнаго *s*, направляется сначала вправо, переходя за среднюю линію, отсюда она направляется въ видѣ выпуклой книзу дуги до ея начала, гдѣ она образуетъ вертикальную петлю, лежащую позади конца *col. desc.* и начала *flex. sigmoid.* и переходитъ въ *rectum*.

9. (7.) Препаратъ мальчика 4-хъ дней. *Col. asc.* образуетъ въ средней своей трети 2 спирали справа налѣво, считая снизу вверхъ. *Flex. sigmoid.* направляется сначала вправо, переходя черезъ среднюю линію, загибается потомъ подъ прямымъ угломъ книзу и, повернувшись влѣво вкругъ вертикальной оси, она образуетъ вертикально стоящую петлю, которая находится позади горизонтальнаго колѣна *flexurae* и своей верхушкой выдается изъ-за верхняго его края, и переходитъ въ *rectum*.

10. (8.) Препаратъ дѣвочки 4-хъ дней. *Col. asc.* на всемъ своемъ протяженіи образуетъ зигзаги, а *flex. sigmoid.* образуетъ горизонтальную петлю слѣва направо.

11. (9.) Препаратъ мальчика 3-хъ дней. *Coecum* и *col. asc.* образуютъ 2 дуги, первая выпуклостью вправо, а вторая влѣво. *Flex. sigmoid.* передъ переходомъ ея въ *rectum* образуетъ высокую вертикальную петлю, входящую въ брюшную полость.

12. (10.) Препаратъ мальчика 9-и дней. *Coecum* и *col. asc.* въ своихъ нижнихъ 2-хъ третяхъ образуютъ выпуклую вправо дугу, потомъ кишка направляется горизонтально направо и образуетъ *flex. coli hepaticae*. *Col. desc.* въ верхней своей трети образуетъ выпуклую вправо незначительную петлю. *Flex. sigmoid.* образуетъ 2 дуги, изъ которыхъ лѣвая имѣетъ вертикальное, а правая горизонтальное направленіе.

13. (11.) Препаратъ дѣвочки 5-и дней. *Coecum* и нижняя треть *col. asc.* образуютъ выпуклую вправо дугу,



потомъ *col.* поворачиваетъ опять вправо, прилегая къ верхней части предшествующей дуги; достигнувъ того мѣста, гдѣ обыкновенно находится *colon*, онъ принимаетъ нормальное положеніе въ верхней своей трети. *Flex. sigm.* образуетъ при своемъ началѣ высокую петлю, которая направляется вверхъ и немножко вправо, нижній конецъ этой петли опускается ниже ея начала, а верхушка достигаетъ *epigastrium*. Затѣмъ *flex. sigm.* направляется вправо и немножко къ низу и, образуя прямой уголъ, переходитъ въ *rectum*.

14. (12.) Препаратъ дѣвочки 6-и дней. *Colon asc.* направляется вверхъ, образуя на своемъ протяженіи зигзаги, а въ средней своей части значительную горизонтальную петлю, которая достигаетъ средней линіи. *Col. descendens* изгибается въ нижней своей части подъ прямымъ угломъ влѣво, образуетъ опять прямой уголъ, направляясь внизъ, и переходитъ въ *flex. sigm.*, которая тоже имѣетъ ненормальное положеніе. Отъ *col. desc.* она направляется подъ прямымъ угломъ вправо, переходитъ впереди прямой кишки почти на такомъ же разстояніи, какъ до нея, направляется потомъ подъ прямымъ угломъ вверхъ, далѣе тоже подъ прямымъ угломъ влѣво, наконецъ, подъ прямымъ же угломъ переходитъ въ *rectum*.

15. (13.) Препаратъ мальчика 8-и дней. *Coecum* и *col. asc.* имѣютъ косо направленіе снизу и справа вверхъ и влѣво, образуя на своемъ протяженіи 3 дуги, изъ которыхъ 2 крайнія выпуклы влѣво, а средняя вправо. Вверху *col. asc.* направляется вправо параллельно *col. transv.* и образуетъ *flex. coli hep.* на обыкновенномъ мѣстѣ. *Col. desc.*, извиваясь немножко въ своемъ концѣ вправо и влѣво, переходитъ въ *flex. sigm.*, которая состоитъ изъ 3 колѣнъ, которыя лежатъ въ фронтальномъ направленіи горизонтально одна подъ другой. При переходѣ *flex. sigm.* въ *rectum* кишка изгибается подъ прямымъ угломъ.

16. (14.) Препаратъ дѣвочки 5-и дней. *Coecum* лежитъ болѣе влѣво, чѣмъ нормально, и направляется вмѣстѣ съ началомъ *col. asc.* косо влѣво и вверхъ. Въ серединѣ своего протяженія *col. asc.* образуетъ горизонтальную петлю, которая доходитъ до средней линіи. *Flex. sigm.* отходитъ

отъ *col. desc.* почти подъ прямымъ угломъ въ видѣ горизонтальной петли, которая на лѣвомъ концѣ загибается опять вверхъ дугообразно, касаясь верхушкой новообразовшейся дуги почти верхняго колѣна горизонтальной петли и переходитъ въ *rectum* позади середины нижняго колѣна горизонтальной петли.

17. (15.) Препаратъ мальчика 8-и дней. Соеситъ и начало *col. asc.* лежатъ болѣе влѣво, чѣмъ нормально. Пройдя почти треть своего протяженія прямо вверхъ, *col. asc.* изгибается вправо и идетъ на дальнѣйшемъ своемъ протяженіи въ видѣ зигзаговъ. Достигнувъ до *col. transv.*, онъ заходитъ немножко выше нижняго края послѣдняго и дѣлая изгибъ внизъ и вправо, переходитъ въ *flex. col. hepatica*. Передъ *flex. coli lienalis col. transv.* образуетъ маленькую выпуклую внизъ дугу. *Flex. lienalis* расположена немного косо вверхъ и влѣво. *Col. desc.* на всемъ своемъ протяженіи образуетъ зигзаги вправо и влѣво. *Flex. sigmoid.* направляется внизъ и вправо и, достигнувъ основанія таза, загибается вверхъ и вправо позади и по правую сторону прямой кишки. Переходъ ея въ *rectum* совершается при изгибѣ ея трубки внизъ и влѣво.

18. (16.) Препаратъ мальчика 10-и дней. Соеситъ лежитъ у средней линіи. Онъ вмѣстѣ съ *col. asc.* образуетъ 2 дуги и имѣетъ направленіе писаннаго малаго г. *Col. desc.* загибается у своего конца вправо подъ угломъ немножко болѣе прямаго и достигаетъ средней линіи тѣла, гдѣ онъ переходитъ въ *flexura sigmoidea*, которая имѣетъ направленіе пробочника съ двумя спиралями справа на лѣво; спирали эти находятся одна позади другой.

19. (17.) Препаратъ ребенка, который жилъ одинъ часъ. Вся ободочная кишка образуетъ на своемъ протяженіи зигзаги. Передъ переходомъ въ *flex. sigmoid. col. desc.* образуетъ вертикальную петлю вверхъ. *Flex. sigmoid.* образуетъ большую дугу вправо, которая заходитъ позади *соеситъ*.

20. (18.) Вся ободочная кишка состоитъ изъ большихъ зигзаговъ.

21. (19.) Препаратъ мальчика 1-го дня. Соеситъ и *col. asc.* образуютъ зигзаги. *Col. transversum* образуетъ на своей срединѣ маленькую петлю вверхъ, которая завернута

вокругъ продольной оси справа и сзади налѣво и впередъ. Лѣвая половина *col. transv.*, выходя позади правой, направляется въ видѣ выпуклой книзу дуги къ *flex. coli lien.* *Col. desc.* образуетъ на всемъ своемъ протяженіи зигзаги. *Flex. sign.* имѣетъ форму прямого угла, первая сторона котораго направляется горизонтально слѣва направо, а вторая лежитъ на средней линіи тѣла сверху внизъ.

22. (20.) Препаратъ мальчика 5-и дней. *Coesum* лежитъ горизонтально слѣва направо и переходитъ въ *colon asc.* подъ прямымъ угломъ. *Col. desc.* почти вдвое длинѣе обыкновеннаго и образуетъ тотчасъ за *flex. coli lienalis* большую петлю, которая свѣшивается книзу и достигаетъ высоты *cristae ilei*; петля эта поворочена около своей продольной оси такимъ образомъ, что правое ея колѣно приходится впереди лѣваго. *Flex. sign.* направляется сначала горизонтально слѣва направо и, достигнувъ почти праваго края таза, образуетъ вертикальную петлю вверхъ и переходитъ въ *rectum*.

23. (21.) Препаратъ дѣвочки 5-й дней. *Coesum* лежитъ болѣе влѣво, чѣмъ обыкновенно, и вмѣстѣ съ *col. asc.* направляется въ видѣ зигзаговъ косо вверхъ и направо до *flex. coli hepat.* *Col. transv.* имѣетъ сначала косое направление справа и сверху влѣво и внизъ, передъ своимъ концомъ онъ загибается обратно вверхъ и направо, потомъ опять вверхъ и влѣво и образуетъ *flex. coli lien.* *Flex. sign.* образуетъ горизонтальную петлю, начало и конецъ которой лежатъ параллельно одно надъ другимъ, соприкасаясь между собою, такъ что внутри эта петля имѣетъ треугольную форму съ закругленными краями.

24. (23.) Препаратъ 7-и мѣсячнаго выкидыша, который жилъ 1 день. Вся ободочная кишка на всемъ своемъ протяженіи образуетъ зигзаги.

25. (24.) Препаратъ мальчика 6-и дней. *Coesum* и нижняя треть *colon asc.* образуютъ зигзаги; въ средней трети *colon asc.* представляетъ горизонтальную петлю влѣво. *Col. desc.* пройдя въ верхней своей трети прямо внизъ, загибается на лѣво и продолжается въ формѣ писаннаго малаго г., причемъ нижняя дуга достигаетъ средней линіи тѣла. *Flex. sign.*, какъ продолженіе упомянутого г, направляется въ видѣ вертикально стоящей петли влѣво

отъ нижней части *col. descend.*, причемъ верхушка петли находится впереди перехода верхней дуги названнаго г въ нижнюю.

26. (25.) Препаратъ дѣвочки 2-хъ дней. *Coecum* и *col. asc.* имѣють зигзагообразное направленіе. *Col. desc.* направляется въ верхнихъ своихъ 2-хъ третяхъ прямо внизъ, затѣмъ подъ острымъ угломъ направляется вверхъ и право и, достигнувъ вышины пупка, загибается опять внизъ, слѣдуя дальше въ направленіи, параллельномъ ея началу, до малаго таза, гдѣ онъ переходитъ въ *flex. sigmoid.* Последняя направляется вправо подъ прямымъ угломъ и, образуя кругообразную петлю, переходитъ вправо немножко за срединную линію тѣла, а влѣво и вверхъ проходитъ между сторонами угла, образуемаго послѣднимъ и предпослѣднимъ отрѣзкомъ *col. desc.*, касаясь верхушки этого угла. Достигнувъ такимъ образомъ своего начала, *flex. sigmoid.* образуетъ маленькую петлю, выпуклую вправо и вверхъ, которая лежитъ позади конца *col. desc.* и начала *flex. sigmoid.*

27. (26.) Препаратъ дѣвочки 16-и дней. *Coecum* и нижняя треть *col. asc.* повернуты такимъ образомъ вокругъ своей оси, что мѣсто впаденія *proct. vermiformis* находится выше впаденія *ilei*. Кромѣ того *coecum* лежитъ горизонтально слѣва вправо, а нижняя треть *col. asc.* образуетъ вверхъ петлю, правая сторона которой лежитъ впереди продолженія *col. asc.* Далѣе *col. asc.* направляется дугообразно вверхъ выпуклостью право. *Col. transv.* образуетъ выпуклую книзу дугу, причемъ правый конецъ такъ загнутъ вокругъ своей поперечной оси, что *flex. coli hep.* лежитъ впереди *col. transv.*, лѣвый же загибается въ видѣ маленькаго круга кверху и кзади, такъ что начала *col. dexterse* лежитъ позади *col. transv.* *Col. desc.* направляется внизъ, образуя легкія извилины вправо и влѣво; нижній конецъ его настолько изогнутъ вправо и внизъ, что переходитъ немножко за среднюю линію тѣла. *Flex. sigmoid.* направляется почти подъ прямымъ угломъ отъ *col. desc.* влѣво и внизъ, продолжается дальше въ видѣ вертикально стоящей петли позади конца *col. desc.* и переходитъ въ *rectum*, причемъ переходъ этотъ находится позади начала петли.

28. (27.) Препаратъ ребенка 16 дней. *Coecum* и нижняя половина *col. asc.* образуютъ дугу, выпуклую вправо,

затѣмъ *col. asc.* подѣ прямымъ угломъ загибается вправо и, достигнувъ мѣста, гдѣ нормально лежитъ *col. asc.*, направляется вверхъ и достигаетъ *col. transv.*, сохраняя въ верхней своей трети нормальное положеніе. *Col. desc.* согнуть такъ въ своей серединѣ, что нижній отрѣзокъ лежитъ впереди верхняго, потомъ первый подѣ угломъ приблизительно въ  $60^{\circ}$  направляется вправо и немножко вверхъ, потомъ подѣ острымъ угломъ внизъ и влѣво. Пройдя въ этомъ направленіи незначительное разстояніе, *col. desc.* образуетъ выпуклый влѣво полукругъ, нижній конецъ котораго идетъ впереди *rectum* вправо и немножко вверхъ. Перейдя *rectum*, кишка описываетъ маленькій кружокъ вверхъ и переходитъ въ *rectum*. И въ этомъ случаѣ не упомянуть о *flex. sign.*, такъ какъ невозможно установить границы, гдѣ кончается *col.* и начинается *flexura*.

Относительно всѣхъ случаевъ *Monterossi* слѣдуетъ замѣтить, что къ сожалѣнію они авторомъ не описаны, и *mesocolon* не изображенъ. Однако они весьма важны для изученія различныхъ положеній, какія толстыя кишки могутъ принимать. Насколько видно изъ замѣтокъ, прибавленныхъ къ этимъ чертежамъ, ни въ одномъ случаѣ не было явленій *ileus'a*, хотя мы встрѣчаемъ въ нихъ такія положенія толстыхъ кишекъ, которыя соотвѣтствуютъ заворотамъ.

29. Въ 1830 г. Мозеръ видѣлъ въ трупѣ 40 лѣтняго сильнаго мужчины, что *соесип*, который имѣлъ свой *mesenterium*, находился на мочевомъ пузырьѣ. Отсюда ободочная кишка направлялась по средней линіи тѣла передъ большими сосудами прямо вверхъ, поворачивала потомъ опять внизъ, доходя до *соесип'a*, оттуда опять поднималась вверхъ до печени, откуда снова опускалась внизъ и нѣсколько вправо и на задней стѣнкѣ таза переходила въ *rectum*. Тонкія кишки находились вправо отъ толстыхъ.

30. Въ 1834 г. *Vallcix* замѣтилъ въ трупѣ 8-ми-дневнаго мальчика съ заячьей губой, что *соесип* висѣлъ въ правой паховой области на *mesenterium'ѣ* тонкихъ кишекъ. Отсюда ободочная кишка направлялась вверхъ и загибалась влѣво, доходя въ видѣ *col. transv.* до средней линіи тѣла. Здѣсь кишка образуетъ петлю, возвращается вправо и пере-

ходить, образуя на дальнѣйшемъ своемъ протяженіи петли, въ flex. sign., которая лежитъ на правой сторонѣ.

31. Въ 1839 г. Curling замѣтилъ въ трупѣ сорокалѣтняго мужчины, умершаго отъ порока сердца въ London Hospital, слѣдующее положеніе толстыхъ кишекъ. Соесумъ, покрытый со всѣхъ стороны брюшиной и подвижный, находился влѣво. Ободочная кишка направлялась отъ соесума поперечно къ правой regio lumb. впереди тонкихъ кишекъ вверхъ, потомъ направлялась къзади, наконецъ поперечно между 10-ымъ и 11-ымъ грудными позвонками влѣво позади тонкихъ кишекъ и внѣ полости брюшины, не имѣя такимъ образомъ въ этомъ отрѣзкѣ брюшиннаго покрова. Достигнувъ лѣвой стороны, кишка образуетъ изгибъ, соответствующій flex. sign. и переходитъ въ rectum.

32. Въ 1840 г. M'Whinnie замѣтилъ въ трупѣ 25-и лѣтней женщины, умершей отъ остраго воспаленія легкихъ, что вся ободочная кишка находилась на правой сторонѣ. Соесум лежалъ выше обыкновеннаго, отъ него, извиваясь, colon ascen. направлялся въ правое подреберье, откуда онъ опять опускался внизъ по лѣвую сторону colon'a asc., образуя большую flexur'у sigmoidea.

33. Въ 1840 г. Mascarel сообщалъ въ Soc. Anat. de Paris случай, гдѣ col. trans. начинался близъ желчнаго пузыря, загибался опять вправо, такъ что colon desc. былъ параллеленъ col. asc., а flexura sign. находилась около слѣпой кишки.

34—35. Въ своемъ учебникѣ патолог. анат. J. Cruveilhier<sup>(106)</sup> упоминаетъ о случаѣ, гдѣ flex. sign. приняла такую величину, что она покрывала весь тонкій кишечникъ, достигая до epigastr., foss. iliac. и regio lumbal. dext. Въ другомъ случаѣ она достигла діафрагмы и перешла въ rect. безъ рѣзкихъ границъ.

36 (C). Въ 1852 году Трейтцъ замѣтилъ въ трупѣ 58 лѣтняго мужчины, умершаго въ Краковской больницы Св. Лазаря отъ bronchitis и ulcera scuris, слѣдующее измѣненіе въ положеніи толстыхъ кишекъ. Соесум находится въ тазу позади мочевого пузыря. Отъ него col. asc. продолжается влѣво отъ позвоночника вверхъ и, образуя большую flex. lien., переходитъ въ col. desc. Flex. sign. тоже очень велика.

37 (D). Въ 1854 году при секціи трехмѣсячнаго ребенка онъ же замѣтилъ слѣдующее положеніе кишекъ. Тонкія кишки, прикрѣпленныя къ короткой брыжейкѣ, занимаютъ правую половину брюшной полости и опускаются въ тазъ, гдѣ онѣ переходятъ въ ободочную кишку. Последняя направляется вверхъ, по направленію позвоночника влѣво отъ тонкихъ кишекъ до duoden.

Здѣсь она образуетъ тупую flex. hep., въ вогнутой сторонѣ которой находится начало тонкихъ кишекъ. Отсюда colon. desc., извиваясь, направляется внизъ и переходитъ въ rectum.

38. (A.) Онъ же въ 1857 году описалъ въ своемъ сочиненіи «Hernia retroperitonealis» слѣдующій случай измѣненнаго положенія кишечника у 32-хъ лѣтней психически больной. Coecum находится въ маломъ тазу; отъ него толстая кишка вмѣстѣ со своимъ mesocol. направляется влѣво отъ позвоночника вверхъ къ селезенкѣ, гдѣ онъ дѣлаетъ изгибъ и, образовавъ двѣ большія петли, переходитъ въ rectum. Очень длинная брыжейка тонкихъ кишекъ, которая тянется до promont., гдѣ, образуя острый край, переходитъ въ mesocol. desc., принимаетъ также coecum и col. asc.

39. (B.) Тамъ же находится также описаніе слѣдующаго случая, найденнаго при вскрытіи 27-лѣтней чахоточной дѣвушки. Тонкія кишки находятся направо въ брюшной полости и переходятъ въ тазу въ ободочную кишку. Последняя направляется вверхъ влѣво отъ тонкихъ кишекъ по направленію позвоночника въ лѣвое подреберье. Образуетъ здѣсь flex. hep., кишка имѣетъ далѣе нормальное положеніе. Mesent. comm. для тонкихъ кишекъ, coecum и col. asc.

40. Вирховъ<sup>39</sup> сообщаетъ объ одномъ случаѣ, гдѣ coecum находился въ области spinac anter. super. oss. ilci sinistrae, его mesent. имѣлъ два дюйма въ длину. Далѣе, толстыя кишки направлялись въ большихъ извилинахъ впереди позвоночника внизъ, чтобы перейти въ rectum.

41. Kellenberger въ своей диссертациі описываетъ случай, встрѣтившійся въ клиникѣ Kussmaul'я, гдѣ col. trans. находился между печенью и грудобрюшной преградой и произвелъ явленіе pneumothoracis circumscripti.

42. Груберомъ<sup>69</sup> описаны слѣдующіе два случая.

(1). Въ трупѣ 18-лѣтняго мужчины *coesum* лежалъ въ *foss. il. sin.* Отъ него *col. asc.* направлялся влѣво отъ средней линіи тѣла вверхъ и немного вправо. Оба они такъ повернуты, что задняя поверхность направляется кпереди, а правая сторона влѣво. *Col. trans.* образуетъ петлю, свѣшивающуюся внизъ до *cristae oss. il.* съ двумя колѣнами: внутреннимъ — нисходящимъ и внѣшнимъ, одновременно также восходящимъ. Переходъ *col. transv.* въ *desc.* на нормальномъ мѣстѣ. Послѣдній направляется внизъ ближе къ средней линіи и, пройдя разстояніе въ  $4\frac{1}{2}$  дюйма, переходитъ во *flex. sign. Mesent. comm.* для тонкихъ и толстыхъ кишекъ находится подъ *pancreas* между обѣими почками и принимаетъ на право между своими листками тонкія кишки, а влѣво иверху *col. trans.* и немного ниже *desc.*

43. (2.) *Col. desc.* образуетъ надъ *foss. il. sin.* обыкновенную кривизну, но не переходитъ въ обыкновенную подвижную *flex. sign.*, а въ видѣ выпуклой кверху дуги переходитъ въ *foss. il. dext.* позади *coesum*. Здѣсь она дѣлаетъ поворотъ влѣво и кпереди и образуетъ *flex. sign.* съ колѣнами, которыя имѣютъ направленіе, обратное обыкновенному.

44. Вскорѣ послѣ передачи описаній предыдущихъ двухъ случаевъ въ Академію Наукъ, Груберу<sup>es)</sup> попались еще два случая ненормальнаго положенія кишекъ и брыжейки.

(А.) Въ трупѣ 18—20-лѣтняго мужчины, умершаго отъ воспаленія легкихъ, *coesum* лежалъ въ *foss. il. dext.*, будучи повернутъ такъ, что его задняя поверхность была обращена кпереди, правая книзу, а слѣвой конецъ вправо. *Col. asc.* направляется отъ *foss. il. dext.* зигзагами черезъ малый тазъ надъ мочевымъ пузыремъ и *flex. sign.* въ *foss. il. sin.*, не будучи покрытъ на этомъ протяженіи тонкими кишками. Отсюда онъ загибается вправо надъ предыдущей частью, будучи покрытъ тонкими кишками и достигаетъ до мѣста впаденія *ilei* въ *col.* Отсюда онъ направляется подъ прямымъ угломъ вверхъ, между тонкими кишками и позвоночникомъ, позади желудка и лѣвой половины *pancr.* Потомъ онъ подъ острымъ угломъ направляется внизъ, впереди лѣвой части позвоночника и нижней половины лѣвой почки,



позади тонких кишек до *lig. interevert.* 3—4 поясничного позвонка, и переходить въ *flex. sigmoid.* Последняя образуетъ большую петлю, которая расположена въ *fossa il. sin.* и въ тазу подъ началомъ ободочной кишки. Кольна этой петли лежатъ другъ надъ другомъ. *Mesent. comm.* для тонкихъ и толстыхъ кишекъ начинается со 2-го поясничного позвонка и тянется отъ позвоночника, лѣвой половины аорты и *art. il. comm. sin.* къ синхондрозу *sacro-il. sin.* и оттуда въ малый тазъ.

45. (В.) Трупъ взрослого мужчины. *Coesum* и *col. asc.* висятъ свободно въ *regio il. dextra* на *mesenterium*'ѣ, общемъ съ тонкими кишками. Эта брыжейка весьма подвижна и укрѣплена поперечно, параллельно *mesocol. transv.* *Flex. sigmoid.*, представляющая трубку длиною въ 27½ дюйма или петлю въ 11 дюймовъ, расположена такимъ образомъ, что ея концы находятся въ *fossa il. sin.* и отчасти въ маломъ тазу, тѣло — передъ нижними поясничными позвонками, а верхушка въ *regio il. dextra* передъ *coesum*'омъ и *colon*'омъ *asc.*

46. Въ 1864 г. ему-же<sup>71)</sup> пришлось наблюдать слѣдующіе случаи неправильнаго положенія кишекъ.

(1). *Coesum* находился у мальчика 10—12 лѣтъ въ *regio il. sin.*; оттуда *col. ascend.* направлялся впереди тонкихъ кишекъ, тотчасъ подъ *col. transv.* вправо. Оба они были такъ повернуты вокругъ своей продольной оси, что задняя ихъ поверхность обратилась впереди. Брыжейка у нихъ была общая съ *jejunum-ileum*, но она не прикрѣплялась какъ въ нормальныхъ случаяхъ къ задней брюшной стѣнкѣ, а исходила изъ праваго края *mesocol. transv.*, который былъ ея корнемъ.

47. (3) Препаратъ мертворожденнаго 7-и мѣсячнаго плода женскаго пола. Слѣпая кишка находится въ *regio umbil.* немножко влѣво отъ средней линіи тѣла впереди другихъ кишекъ. Отъ него ободочная кишка направляется внизъ и образуетъ 5 извилинъ, которыя лежатъ одна сзади другой, будучи параллельны между собою и направляются сверху внизъ и снизу вверхъ. Вся ободочная кишка занимаетъ всю правую и среднюю часть *regio il. meso- и hypogastric.* малаго таза. Брыжейка, общая для тонкихъ

и толстых кишек, тянется отъ нижняго края pancreas до того мѣста крестца, гдѣ обыкновенно находится mesorectum.

48. Въ томъ же 1894 г. онъ<sup>72</sup> опубликовалъ еще слѣдующіе 3 случая аномалій въ положеніи кишечника.

(3.) Трупъ 12-лѣтняго мальчика. Послѣ образованія flex. lien. ободочная кишка загибается впереди нижней части почки направо и направляется между jejunoleum и позвоночникомъ къ слѣпой кишкѣ и образуетъ flex. sigmoid. вправо отъ тонкихъ кишекъ. Последняя въ видѣ петли длиною въ 1 футъ и 5 дюймовъ, находясь впереди сосисъ col. asc., достигаетъ до печени и покрываетъ ее, а будучи растянута, покрываетъ col. transv. желудокъ, печень и достигаетъ до діафрагмы. Книзу отъ лѣвой почки ободочная кишка окружена брюшиннымъ покровомъ и виситъ на брыжейкѣ шириной въ два дюйма. Корень этой брыжейки параллеленъ mesenterium'у и тянется около него, влѣво и подъ нимъ, впереди позвоночника и большихъ сосудовъ; она на всемъ своемъ протяженіи, исключая мѣста близкаго къ сосисъ, сросшена съ mesenterium'омъ вслѣдствіе бывшаго воспаленія брюшины. Mesocolon flexurae sigmoid. прикрепленъ влѣво отъ art. il. comm. dext. и имѣетъ одинаковое съ нею направленіе, длина его  $6\frac{3}{4}$  дюйма, а ширина 3—3 $\frac{1}{2}$ . Rectum начинается вправо отъ promontorium'a.

49. (4.) Ободочная кишка образуетъ flex. lien. раньше обыкновеннаго, затѣмъ загибается направо и назадъ впереди и вправо отъ лѣвой почки и направляется позади тонкихъ кишекъ къ лѣвой сторонѣ 2-го поясничнаго позвонка; отсюда кишка направляется впереди позвоночника косо внизъ и вправо къ слѣпой кишкѣ на высотѣ promontorium'a, гдѣ она и образуетъ flex. sigmoid. Последняя направляется вверхъ къ печени впереди сосисъ col. asc. и правой части col. transv. и части тонкихъ кишекъ. При этомъ колѣно этой петли, ближайшее къ col. desc., лежитъ на право и къзади, а болѣе близкое къ rectum — налѣво и впереди.

50. (5.) То колѣно flexurae sigmoid., которое ближе къ нисходящей ободочной кишкѣ, лежитъ впереди vas. il. comm. sin. подъ дѣленіемъ аорты и позади свѣшивающихся въ тазъ петель ilei; верхушка ея и колѣно близкое къ rectum'у находятся впереди сосисъ col. asc. и достигаютъ нижняго

конца правой почки. Rectum находится направо въ тазу и прикрѣпленъ къ правой половинѣ крестца.

51. (2.) Въ маѣ 1867 г. Грuberъ<sup>78</sup> замѣтилъ слѣдующій случай расположенія кишекъ у 30-и лѣтнаго мужчины. Col. desc. въ началѣ направляется къзади, потомъ впередъ и около лѣваго края и нижняго конца лѣвой почки загибается дугообразно направо. Впереди позвоночники на высотѣ 3-яго поясничнаго позвонка онъ переходитъ въ ex. sigm. Эта часть кишки лежитъ при ея началѣ впереди позвоночника, а остальной частью въ regio lumb. и fossa il. dextris. Rectum со своимъ mesorect. лежатъ впереди articul. sacro-il. dextra. Mesent. comm. для jeuno-il. и начала col. asc.

52. Въ февралѣ 1872 г. онъ же<sup>79</sup> замѣтилъ слѣдующій случай очень большой flex. sigm. въ трупѣ крѣпкаго мужчины. Эта петля доходила до правой стороны брюшной полости и занимала fossam и reg. il. dextr., а другой своей части достигала reg. hypochond. sin. Положеніе этой огромной flex. было также необыкновенное, но оно обуславливалось сращениями, образовавшимися послѣ воспаленія брюшины, а потому я описаніе этого случая пропускаю.

53. Въ 1878 г. Фейгель сообщилъ слѣдующій случай неправильнаго положенія толстыхъ кишекъ.

У 28-и лѣтнаго мужчины, умершаго въ Лембергской больницѣ отъ менингита, нашли почти медиально расположенный mesenterium, къ которому прикрѣплялись всѣ тонкія кишки и часть толстыхъ кишекъ длиною въ 30 см (слѣпая и часть восходящей кишки). Остальная часть толстыхъ кишекъ помѣстилась въ лѣвой сторонѣ брюшной полости: col. asc. направлялся вверхъ по задней стѣнкѣ брюшной полости до селезенки. Здѣсь ободочная кишка дѣлала изгибъ внизъ и въ видѣ многихъ извилинъ перекрещивала предыдущій отдѣлъ спереди. Вся ободочная кишка лежала въ лѣвой половинѣ брюшной полости.

54. Въ Декабрѣ 1880 г. Груберу<sup>81</sup>) случилось наблюдать слѣдующее ненормальное положеніе flex sigm. и rectum. Начало петли flex. sigm. находилось у 4-го поясничнаго позвонка, конецъ --- вправо отъ promontorium'a, а верхушка --- подъ печенью поперекъ flex. coli hepatica и впе-

реди послѣдней, col. transv. и jejunum'a. Тонкія кишки приняли слѣдующее положеніе относительно flexur. sig. Нижняя часть ilei опускалась впереди корня петли flex. и расположилась въ лѣвой сторонѣ брюшной полости и въ тазу, jejunum же находился позади верхней части flexurae справа и слѣва. Надъ lig. mesenterico-mesocolico конецъ ilei помѣщался какъ бы верхомъ. Rectum лежалъ въ правой половинѣ таза.

55. Въ 1883 г. Marchand опубликовалъ слѣдующій случай ненормальнаго положенія толстыхъ кишекъ, который былъ найденъ у мертворожденной дѣвочки въ акушерской клиникѣ въ Giessen'ѣ. Вся ободочная кишка находится впереди тонкихъ кишекъ. Слѣзная кишка большей своей частью лежитъ въ области пупка направо; вмѣстѣ съ ближайшимъ ей col. asc. она виситъ на брыжейкѣ общей съ тонкими кишками. Ободочная кишка при своемъ продолженіи отъ слѣпой образуетъ изогнутую вправо короткую петлю, которая находится впереди брыжейки тонкихъ кишекъ, и посредствомъ второй поперечной петли, которая тоже находится впереди брыжейки тонкихъ кишекъ, она переходитъ въ col. desc. Послѣдній вмѣстѣ съ flex. sigm. имѣетъ общій mesocolon, представляющій ему возможность значительнаго передвиженія.

56. Въ 1885 г. Груберъ<sup>81)</sup> опубликовалъ еще случай аномалии кишекъ. Flex. sigm. занимала всего reg. mesogastrium и достигала вверху до regiones hypogast. propr. и hypochondr. Лѣвое колѣно этой петли находилось въ fossa il. sin., а правое вправо отъ promont. Разстояніе между колѣнами 9 см. Rectum находился въ правомъ заднемъ углу таза.

57. Проф. Лямблемъ и д-ромъ Башинскимъ былъ наблюдаемъ слѣдующій случай изъ Харьковской терапевтической клиники.

Женщина 32-хъ лѣтъ умерла въ клиникѣ при явленіяхъ остраго перитонита.

При вскрытіи брюшной полости найдено слѣдующее расположеніе кишекъ. Поперечная ободочная кишка направляется отъ праваго подреберья въ глубину таза, длиною

около 25 сантим., потомъ подъ острымъ угломъ направляется въ лѣвое подреберье, длина этого втораго колѣна 30 сантим. Между обѣими плечами *coli transv.* помѣщается по срединѣ брюшной полости желудокъ, дно котораго обращено къ грудобрюшной преградѣ, а привратникъ оттянутъ внизъ до *promontorium'a*.

58. Въ 1886 г. Dr. E. Holt представилъ въ Path. Society въ Лондонѣ препаратъ 13-мѣсячнаго ребенка, умершаго отъ *pyelo-peritonitis* съ ненормальнымъ расположеніемъ *flex. sigm.* При жизни со стороны кишекъ наблюдалась только вздутость живота. *Flex. sigm.* находилась въ пупочной области. При переходѣ нисходящей ободочной кишки въ *flex.* замѣтенъ былъ незначительный загибъ кишки и, начиная отъ *crista ossis ilei flex., sigm.* направлялась вправо впереди тонкихъ кишекъ и, перейдя срединную линію, опускалась въ тазъ у праваго крестцово-подвздошнаго сочлененія. *Flex. sigm.* длиною въ 10 дюймовъ была длиннѣе нисходящей ободочной кишки, брыжейка первой была тоже очень широка.

59. Въ своемъ учебникѣ общей патологіи *Perls* описываетъ расположеніе кишекъ у 27-и лѣтняго мужчины. Слѣпая кишка лежала надъ мочевымъ пузыремъ и была вполнѣ подвижна. Восходящая ободочная кишка, находившаяся на правой половинѣ брюшной полости, перегибалась безъ поперечной прямо въ нисходящую, которая находилась также на правой сторонѣ, около и немного позади восходящей.

60. Толъдъ приводитъ слѣдующій случай, который случайно былъ найденъ въ секціонной залѣ проф. *Langer'a* въ 1886 г. Слѣпая кишка лежала въ подвздошной ямкѣ темнаго вишне обыкновеннаго. Восходящая ободочная кишка, пройдя небольшое разстояніе вверхъ до нижняго конца правой почки, перегибается подъ весьма острымъ угломъ влѣво и внизъ въ *col. transv.* Послѣдній переходитъ черезъ среднюю линію надъ *promontorium'омъ* и, достигнувъ лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія, направляется въ видѣ плоской дуги вверхъ и влѣво, по правую сторону *col. desc.* и достигаетъ нижняго края лѣвой печеночной доли, чтобы подъ острымъ загибомъ перейти въ *col. desc.*

61. Онъ же приводитъ еще слѣдующій случай, найденный у дѣвочки, умершей тотчасъ послѣ рожденія. Слепая кишка находится впереди тонкихъ кишекъ подъ пупкомъ. Восходящая ободочная кишка направляется отъ слѣпой вверхъ къ нижней поверхности печени, гдѣ она сращена посредствомъ узкой складки брюшины съ желчнымъ пузыремъ и лѣвой стороной нисходящаго колѣна двѣнадцатиперстной кишки. Отсюда толстая кишка направляется вдоль нижней поверхности печени подъ прямымъ угломъ къ лѣвой сторонѣ позвоночника. Здѣсь она опять образуетъ прямой уголъ и направляется влѣво, чтобы перейти въ *col. desc.* *S. hominum* длиннѣе нормальнаго.

62. Fuhl и Wesener приводятъ слѣдующіи случай ненормальности кишекъ, который они нашли при вскрытіи женщины, которой 2 года раньше былъ сдѣланъ *anus praeternaturalis* вследствие *stenosis recti*.

*Col. transversum* направляется отъ *flex. coli hep.* въ *regio iliaca sin.*, гдѣ находится *anus praeternaturalis*, а оттуда направляется къ *flex. coli lienalis*. Далѣе *col. desc.* проходитъ небольшое расстояние подъ острымъ угломъ кнаружи и внизъ и образуетъ громадную кишечную петлю, верхушка которой доходитъ до правой *linea axillaris* и переходитъ въ лѣвомъ маломъ тазу въ *rectum*. Петля эта лежитъ впереди *col. transv.*

63. Въ Зап. Импер. Кавк. Мед. Общ. за 1892 г. Сеславинымъ описанъ слѣдующій случай неправильнаго расположенія толстыхъ кишекъ, найденный при вскрытіи рядового, умершаго въ Абастуманскомъ военномъ госпиталѣ отъ воспаления мозговыхъ оболочекъ. Начиная отъ *flex. coli lien.* толстая кишка круто поворачивала вправо и шла поперечно черезъ позвоночникъ, параллельно и отчасти позади поперечной кишки до правой кривизны, гдѣ она поворачивала внизъ, ложась снутри отъ восходящей части толстой кишки и справа отъ позвоночника. Въ мѣстѣ перехода тонкихъ кишекъ въ толстыя она проходила позади тонкой и потомъ слѣпой кишекъ, поворачивая взадъ и вправо, образуя здѣсь *S. hom.* Изъ правой подвздошной ямки кишка направлялась внизъ и влѣво въ малый тазъ и переходила впереди праваго крестцовоподвздошнаго сочлененія въ прямую кишку.

64. (4.) Обалинскій, между своими 110 случаями чревосъченія при непроходимости кишекъ, сообщаетъ, что въ одномъ при операціи надъ 54-хъ лѣтнемъ мужчиной съ явленіями непроходимости кишекъ flex. sigmoid. была найдена спадавшейся и перемѣщенной на право. Никакого заворота онъ не замѣтилъ, но думаетъ, что по всей вѣроятности существовалъ заворотъ тонкихъ кишекъ.

65. Curschmann сообщаетъ слѣдующіе 5 случаевъ неправильнаго положенія кишекъ. У женщины 36-и л., которая умерла отъ peritonitis chron., слѣпая кишка найдена по срединѣ брюшной полости влѣво и позади отъ пупка, впереди тонкихъ кишекъ, прикрѣпленной вмѣстѣ съ другой частью толстыхъ кишекъ посредствомъ длинной брыжейки къ позвоночнику. Далѣе толстая кишка направляется вверхъ и влѣво въ лѣвое подреберье; образовавъ здѣсь петлю кверху, кишка направляется внизъ позади своего начала въ видѣ многихъ петель къ прямой кишкѣ, будучи прикрѣпленной посредствомъ длинной брыжейки влѣво отъ позвоночника.

66. У 53-хъ лѣтняго мужчины, умершаго отъ воспаленія брюшины, онъ-же замѣтилъ, что восходящая толстая кишка поднималась отъ слѣпой прямо вверхъ до верхушки высоко стоявшей діафрагмы; здѣсь она круто перегибалась и направлялась сначала около восходящей части, потомъ перегибаясь влѣво и внизъ, переходила въ col. desc. который имѣлъ нормальное положеніе. На печени находились слѣды отъ лежавшей на ней толстой кишки.

67. Тотъ-же авторъ замѣтилъ при вскрытіи мужчины 21-го года, умершаго отъ воспаленія брюшины, что толстая кишки находились около и впереди тонкихъ, прилегая непосредственно къ поверхности живота. Поперечная ободочная кишка состояла изъ большей петли, которая была обращена вверхъ и, закрывая собою печень, достигала до самой верхушки грудобрюшной преграды. Промежутокъ между col. asc. и desc. занятъ громадной петлей, образуемой flex. sigmoid. Поднимаясь отъ лѣвой подвздошной ямки, послѣдняя петля своимъ началомъ закрывала нижнюю часть нисходящей ободочной кишки и большую часть тонкихъ кишекъ, а своей верхушкой достигала до мечевиднаго отростка

68. Тотъ-же авторъ видѣлъ у одного старика слѣдующее ненормальное положеніе кишекъ. Col. asc. вовсе не было, а cecum находился подъ печенью и загнутъ подъ началомъ col. transv.

69. Въ другомъ случаѣ у 32-хъ лѣтней женщины Curschmann'у случилось видѣть, что cecum былъ загнутъ подъ короткимъ col. asc. и былъ обращенъ своимъ слѣпымъ концемъ къ нижней поверхности печени.

Въ обоихъ послѣднихъ случаяхъ Curschmann'a не было никакихъ прижизненныхъ явленій отъ ненормальнаго положенія ceci.

Кромѣ приведенныхъ случаевъ неправильнаго положенія толстыхъ кишекъ Curschmann и многіе другіе наблюдатели упоминаютъ о встрѣтившихся имъ случаяхъ неправильнаго положенія толстыхъ кишекъ или ихъ отдѣльных частей, не описывая точнѣе этихъ аномалій\*). Другіе случаи будутъ еще указаны при обзорѣ неправильнаго положенія кишекъ, обусловившаго ихъ непроходимость.

При обзорѣ всѣхъ случаевъ ненормальнаго положенія кишекъ мы можемъ ихъ свести къ двумъ причинамъ, которыя имѣютъ эмбриологическое основаніе: 1) кишечникъ или брыжейка остановились на ранней ступени развитія, или наоборотъ, 2) послѣдовало слишкомъ сильное развитіе какой-нибудь части кишечника или брыжейки, непропорціональное развитію организма. Въ первой категоріи случаевъ ростъ какой-нибудь части кишечника въ длину встрѣтилъ какое-либо на своемъ пути препятствіе, или естественные эмбриологическіе повороты кишечника чѣмъ либо были задержаны вполне или отчасти. Во второй же категоріи случаевъ имѣлъ мѣсто слишкомъ сильный ростъ какой-нибудь части или всей ободочной кишки или брыжейки и разросшаяся кишка не могла уместиться въ обыкновенномъ на-

\*) Примѣчаніе. Въ Медицинскомъ Сборникѣ Кавказ. Мед. Общ. за 1891 № 52 д-ръ Поляковъ описываетъ 21 случай видѣнныхъ имъ аномалій толстыхъ кишекъ, но къ сожалѣнію я не могъ достать оригинала.



значенномъ для нея мѣстѣ и перешла въ сосѣдную область, вытѣсняя такимъ образомъ находящіяся тамъ кишки. Длинная брыжейка съ своей стороны позволяетъ большую подвижность кишечника. Само собою понятно, что при аномальныхъ кишкахъ измѣненія въ положеніи кишечника, зависящія отъ его естественныхъ функцій, будутъ иными, чѣмъ въ кишкахъ нормальныхъ. Если петля толстыхъ кишекъ или часть ея трубки висятъ свободно на болѣе или менѣе длинной брыжейкѣ въ брюшной полости, то такая кишка легче можетъ подвергнуться завороту или войти въ образованіе узла, чѣмъ правильно прикрѣпленная и мало подвижная нормальная.

### Загибы толстыхъ кишекъ. (Inflexiones.)

Подъ загибами толстыхъ кишекъ слѣдуетъ понимать такія ненормальныя ихъ положенія, при которыхъ какая-нибудь часть кишки сдѣлала поворотъ вокругъ своей поперечной оси. Въ предыдущей главѣ между случаями ненормальнаго положенія толстыхъ кишекъ мы уже указали такіе, гдѣ два послѣдовательныхъ отрѣзка толстой кишки не образуютъ вмѣстѣ прямой или кривой линіи, какъ въ нормальныхъ случаяхъ, а сходятся подъ болѣе или менѣе острымъ угломъ или даже лежатъ параллельно другъ къ другу, такъ что въ этихъ случаяхъ можно уже говорить о загибѣ кишки. Здѣсь же я намѣренъ привести только такіе случаи загиба толстыхъ кишекъ, которые повели къ полному или частичному закрытію просвѣта кишки и вызвали болѣзненные явленія стеноза или закупорки кишки, т. е. картину *volvulus'a* съ клинической стороны, между тѣмъ какъ въ предыдущей главѣ неправильное положеніе кишекъ было случайно от-

крыто при секціи и не производила никакихъ явленій при жизни. Въ настоящей главѣ, такимъ образомъ, будутъ приведены только часть тѣхъ случаевъ, которые съ клинической точки зрѣнія обобщаются именемъ *volvulus*. Разчлененіе же клинической картины на ея анатомическія составныя части имѣетъ громадное практическое значеніе. Лишь при убѣжденіи, что клиническая картина *volvulus*'а не имѣетъ одного и того-же патолого-анатомическаго основанія, можно у постели больного приступить къ дифференцированію; понятно также, что та или иная форма непроходимости кишекъ, смотря по ея патолого-анатомическому основанію, при операціи представитъ каждый разъ своеобразную картину, сообразно которой хирургъ долженъ избрать тотъ или иной методъ для устраненія этой непроходимости.

Если обратится къ вопросу о причинѣ загибовъ толстой кишки, то, какъ и причина вообще неправильнаго положенія кишекъ, она можетъ быть двоякая. Загибы могутъ происходить отъ эмбриологическихъ причинъ или вслѣдствіе предшествовавшихъ брюшинныхъ воспаленій и образовавшихся подъ вліяніемъ послѣднихъ сращеній и тяжей. Оставивъ послѣдній родъ загибовъ безъ вниманія, скажемъ нѣсколько словъ о первомъ родѣ. Если толстая кишка нормально развита и прикрѣплена, т. е. не образуетъ петель; если *mesocol. asc.* и *desc.* отсутствуютъ, или хотя и имѣются, но очень узки; или обѣ *flexurae coli hep.* и *lien.* неподвижно прикрѣплены къ задней брюшной стѣнкѣ и находящейся между ними *col. transv.* не слишкомъ удлиненъ, то загибъ кишки при такихъ условіяхъ немислимъ.

Совѣмъ другое отношеніе въ взаимномъ положеніи отдѣльных частей толстыхъ кишекъ можетъ наступить при чрезмѣрной подвижности какой-нибудь ихъ части, вслѣдствіе удлиненія ея или ея брыжейки. Представимъ себѣ, что, при чрезмѣрной подвижности какой-нибудь части толстыхъ кишекъ, тонкія кишки давятъ на эту часть въ одномъ направленіи.

Въ такомъ случаѣ при опредѣленномъ направленіи этого давленія свободная часть толстыхъ кишекъ можетъ перегнуться на прилежащія части ободочной кишки и тонкими же кишками удерживаться въ этомъ загнутомъ положеніи. Если теперь этотъ загибъ или поворотъ около поперечной или косо́й оси достигъ такой степени, что произошло закрытіе просвѣта кишки, то тонкія кишки, какъ части предшествующія мѣсту загиба или закрытія просвѣта, еще больше наполнятся и вздуются; слѣдующій же за мѣстомъ загиба отдѣлъ толстыхъ кишекъ опорожнится и спадется. Такимъ образомъ сила, удерживающая кишку въ загнутомъ положеніи, увеличится, а противодѣйствіе, которое ему представляетъ слѣдующая за мѣстомъ загиба толстая кишка, уменьшится. Такимъ образомъ непроходимость кишекъ можетъ получиться при подвижныхъ, но имѣющихъ положеніе близкое къ нормальному толстыхъ кишкахъ. Но бываетъ еще много случаевъ, какъ это видно изъ предыдущей главы, гдѣ толстыя кишки, вслѣдствіе своего особаго развитія, получили такое анатомическое расположеніе, что двѣ слѣдующія другъ за другомъ части находятся подъ болѣе или менѣе острымъ угломъ. У такихъ кишекъ при загибахъ, ведущихъ къ непроходимости кишекъ, произойдетъ только увеличеніе степени ненормальнаго положенія кишекъ. Само собою понятно, что въ послѣднихъ случаяхъ скорѣе можетъ наступить непроходимость. Слѣдуетъ еще замѣтить, что при ненормальныхъ положеніяхъ толстыхъ кишекъ нерѣдко наблюдаются случаи, когда части толстой кишки взаимно соприкасаются, причемъ соприкасающіяся брюшинныя поверхности ихъ срастаются между собой и тѣмъ окончательно закрѣпляютъ ненормальное положеніе. Въ такихъ случаяхъ на первый взглядъ трудно отличить, является-ли ненормальное положеніе причиной или слѣдствіемъ сращенія, т. е. имѣемъ-ли мы въ данномъ случаѣ дѣло съ эмбриологической аномаліей кишекъ или съ неправильнымъ положеніемъ вслѣдствіе сращенія, происшедшаго

отъ старыхъ воспалительныхъ процессовъ брюшины. Но при критической оцѣнкѣ вида сращеній и сопутствующихъ обстоятельствъ легко можно дойти до вѣрнаго толкованія даннаго случая. Подтвержденіемъ догадки, что ненормальное положеніе кишекъ можетъ зависѣть отъ эмбриологическихъ и анатомическихъ условій, являются наблюденія Cugsch-шапп'а, который замѣтилъ, что въ случаяхъ загиба слѣпой и восходящей ободочной кишки, даже при отсутствіи сращеній, не удастся выравнять этотъ загибъ; кишка, слѣдовательно, эмбриологически уже такъ развита, что образуетъ загибъ.

Послѣ этого общаго обзора загибовъ перейдемъ къ отдѣльнымъ его видамъ въ различныхъ частяхъ толстыхъ кишекъ.

### Загибы слѣпой и восходящей ободочной кишки. (*Inflexiones caeci et coli ascendentis*).

1. Первый довольно точно описанный случай принадлежитъ Blasius'у.

При вскрытіи 50-лѣтнаго мужчины, который 26 лѣтъ страдалъ болями выше пупка, а въ послѣдніе дни и рвотой, которая передъ смертью стала каловой, толстая кишка были слѣдующимъ образомъ расположены. Слѣпая кишка и начало восходящей ободочной были перемѣщены налѣво. Ободочная кишка направлялась отъ os. il. sin. косо къ печени и, перегнувшись, возвращалась къ тому же мѣсту; отсюда кишка направлялась къ поясничнымъ позвонкамъ и къ печени, и далѣе приняла уже нормальное положеніе. Первые 2 отрѣзка восходящей толстой кишки были крѣпко сращены между собою; другое сращеніе было между толстой кишкой и поясничными позвонками, здѣсь же былъ стенозъ кишки.

Относительно этого случая слѣдуетъ замѣтить, что явленія непроходимости кишекъ произошли вслѣдствіе старыхъ перитонитическихъ воспаленій. Я однако припелъ этотъ

случай въ виду аномаліи въ расположеніи слѣпой и толстой восходящей кишки, которая не можетъ быть объяснена сращениями.

2. (9.) Abercrombie приводитъ слѣдующее наблюденіе, которое онъ правда относитъ къ тѣмъ случаямъ Pleuss'a, которые происходятъ вслѣдствіе паралича мускуловъ, безъ механической причины, но изъ разбора этого случая ясно видно, что тутъ причина чисто механическая; предложенное же авторомъ объясненіе является лишь результатомъ господствовавшей тогда теоріи.

Мужчина 24 л., который уже въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ страдалъ припадками болей въ животѣ, наступавшими въ различные періоды, вновь заболѣлъ тѣмъ же 11 іюня 1818 г. Послѣ слабительнаго, которое подѣйствовало, припадокъ прошелъ, но возобновился 13-го ночью въ болѣе сильной степени. Слабительныя и кровопусканія не привели ни къ какому результату и больной умеръ на слѣдующій день. При вскрытіи, кромѣ свѣжихъ воспаленій брюшины, было найдено, что начало восходящей толстой кишки было такимъ образомъ загнута кверху, что наружные поверхности слѣпой и восходящей ободочной кишки соприкасались между собою и имѣли старое соединительно-тканное сращеніе.

Слѣдуетъ замѣтить, что тутъ сращенія были слѣдствіемъ неправильнаго положенія, а не причиной его, потому что въ противномъ случаѣ сращенія не ограничивались бы мѣстомъ соприкосновенія.

3. (II.) Что такіе загибы происходятъ еще въ зародышевой жизни доказываетъ наблюденіе Amussat'a доложенное 14/VII 1842 г. въ Acad. royale de scien.

У новорожденнаго съ imperf. ani, которому сдѣланъ былъ anus praeternaturalis, при вскрытіи нашли, что восходящей ободочной кишки вообще не было, а слѣпая кишка переходила прямо въ поперечную ободочную. При этомъ слѣпая кишка была такъ загнута, что processus vermiformis лежалъ надъ верхней частью coli transv. Кромѣ того въ этомъ случаѣ была горизонтально лежащая петля flexur. sign.

4. Въ 1869 г. Fagge въ своей работѣ объ обструкціяхъ кишекъ въ отдѣлѣ «непроходимость вслѣдствіе складокъ и заворотовъ» приводитъ слѣдующія два наблюденія.

(56.) Мужчина 41 г., который уже долго страдалъ кишечнымъ разстройствомъ, умеръ послѣ 10—12 дневной болѣзни съ явленіями запора и рвоты. При вскрытіи найдено, что сесумъ находился въ лѣвомъ подреберьѣ, причемъ онъ былъ величиной въ желудокъ и наполненъ каловыми массами. Очень длинный мезосесумъ.

5. (58) Женщина 45 л., страдавшая хроническими запорами, умерла, проболевши нѣсколько недѣль запоромъ. За время болѣзни испраженія были лишь нѣсколько разъ, къ концу рвота каловыми массами. При вскрытіи вздутая слѣпая кишка находится влѣво отъ пупка приросшей къ находящейся здѣсь flex. sign. При переходѣ слѣпой кишки въ восходящую ободочную первая загнута такимъ образомъ, что задняя поверхность была обращена вперед.

Очевидно, что срощеніе съ flex. sign. произошло вслѣдствіе соприкосновенія двухъ поверхностей.

6. Въ 1877 г. Firth наблюдалъ слѣдующій случай. Работникъ 49 л., у котораго существовала грыжа около 5 лѣтъ, вдругъ во время работы почувствовалъ сильную боль въ лѣвомъ боку, причемъ грыжа увеличилась и наступила тошнота, съ 1/VII наступила частая рвота и вздутіе живота; послѣдній разъ испраженія были 29/VI. 3-го іюля онъ поступилъ въ больницу, гдѣ ему сдѣлана была лапаротомія, но при этомъ ущемленія не найдено. Послѣ операціи у него нѣсколько разъ были испраженія, но рвота съ различной силой продолжалась, причемъ стала каловой, животъ вздулся, и больной умеръ 6/VII. При вскрытіи нашли, кромѣ мѣстныхъ воспаленій брюшиннаго покрова тонкихъ кишекъ, что слѣпая кишка была загнута и прилежала къ селезенкѣ, будучи срощена съ толстой кишкой. Кромѣ того былъ заворотъ (нисходящей?) толстой кишки два раза около своей оси.

По всей вѣроятности, загибъ слѣпой кишки стараго происхожденія, на что указываетъ приращеніе его, а заворотъ недавняго, что видно изъ того, что у него въ послѣднее время были испраженія.

7—10. Curschmann упоминает о 4-х видѣнныхъ имъ случаяхъ, гдѣ изъ прирожденныхъ загибовъ слѣпой кишки развилась картина непроходимости.

Первый умеръ при явленіяхъ ileus'a черезъ 3, а второй при такомъ же явленіяхъ черезъ 5 дней. Въ послѣднихъ двухъ случаяхъ сначала были припадки ileus'a, которые однако проходили, наконецъ они стали стационарными и повели къ смерти.

11. Въ 1882 г. тому же автору случилось наблюдать слѣдующій фактъ. 33-хъ лѣтній мужчина болѣлъ продолженіе трехъ недѣль. Боли въ правомъ подреберьѣ, частая рвота и запоръ: за 3 недѣли испражненія два раза послѣ высокихъ клизмъ. При вскрытіи найдено, что слѣпая кишка была загнута надъ восходящей ободочной, касаясь своимъ слѣпымъ концомъ нижняго края печени.

12. Тѣмъ же авторомъ описанъ еще слѣдующій случай.

Мужчина 59-и лѣтъ имѣлъ въ продолженіе послѣднихъ двухъ лѣтъ болевые припадки въ области печени, соединенные съ тошнотой, рвотой, желтухой и лихорадкой. 4-го октября 1892 г. онъ снова подвергся подобному припадку, при чемъ наступилъ метеоризмъ и болѣзненность, и 9-го онъ умеръ съ явленіями перитонита. При вскрытіи найдено, что слѣпая кишка была загнута надъ очень короткой восходящей ободочной (3 см.), и въ ней было прободеніе, вызвавшее общій перитонитъ. Посредствомъ сращенія слѣпая кишка удерживалась въ этомъ ненормальномъ положеніи.

Едва ли слѣдуетъ упоминать, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ объ этомъ не упомянуто спеціально, mesocolon или mesocolon былъ довольно длиненъ, и вслѣдствіе этого висящая на немъ кишка имѣла большую подвижность, потому что въ противномъ случаѣ былъ бы немислимъ загибъ слѣпой кишки кверху или кверху и влѣво, какъ мы это видѣли въ приведенныхъ случаяхъ. Если примемъ еще во вниманіе наблюденіе Curschmann'a, что даже при отсутствіи сращеній между слѣпой кишкой и другими органами такіе загибы не удастся выравнять, то становится яснымъ, что для проеихожденія непроходимости вслѣдствіе загибовъ слѣпой и

восходящей ободочной кишке необходимо известное анатомическое-эмбриологическое предрасположение; что, по всей вероятности, такой загиб существовал уже раньше, и что только под влиянием некоторых благоприятствующих моментов загиб усилился до непроходимости. Последнее видно также из того, что во многих случаях отмечены в анамнезе припадки кишечного стеноза или непроходимости.

### Загибы нисходящей толстой кишки (Inflexiones coli descendentes).

Относительно загибов этого отрезка толстой кишки мне удалось найти только один случай, описанный Siebergundi.

Въ мартѣ 1829 г. ему случилось посѣтить больного атлетически сложеннаго работника, который болѣлъ уже 8 дней сильными запорами и чувствомъ тяжести въ животѣ. Причиной заболѣванія, по мнѣнію больного, было то обстоятельство, что онъ сильно простудился, стоя въ рѣкѣ. Животъ сильно вздутъ, частые позывы на низъ. Болѣзнь продолжалась 3 недѣли, при чемъ ни разу не было рвоты, и больной умеръ. При вскрытіи полости живота выдѣлилось большое количество зловоннаго газа. Конецъ col. transv. темный, почти чернаго цвѣта и пораженъ гангреной; caput coli перегнуто на низъ, сильно растянуто, такъ что занимало пространство между лѣвой подвздошной костью и лѣвымъ подреберьемъ и, будучи, наполнено нормальнымъ кашнеобразнымъ каломъ, давило своей тяжестью на flex. sigmoid., такъ что непроходимость кишекъ была въ двухъ мѣстахъ: у мѣста загиба и въ flex. sigmoid. вслѣдствіе давленія на нее capitis coli.

Нечего упоминать, что простуда въ данномъ случаѣ отнюдь не была причиной заболѣванія. Для Гиппократа такой случай былъ бы вѣскимъ доказательствомъ, что ileus происходитъ вслѣдствіе охлажденія нижней части тѣла; но вскрытіе обнаружило, что въ данномъ случаѣ flex. coli. ileo. и начало col. desc. имѣли довольно длинную брыжейку,



хотя Siebergundi оставилъ это безъ вниманія. Длинная брыжейка давала возможность flex. coli опуститься внизъ. По всей вѣроятности эта flexa у даннаго субъекта была постоянно перегнута на низъ и, благодаря длинной брыжейкѣ, имѣла возможность передвигаться вправо и влево, по благодаря какимъ-нибудь обстоятельствамъ, на которыя нельзя указать по описанію этого случая, flex. наполнилась каломъ и вслѣдствіе своей тяжести приняла вертикальное направленіе, оттянувъ еще сильнѣе мѣсто перегиба, т. е. то мѣсто, гдѣ длинная брыжейка переходила въ нормальную, такъ что произошла полная непроходимость. О давленіи, которое эта загнущаяся часть кишки производила на flex. sign. упомянуто въ исторіи болѣзни, но такъ какъ не сказано, на какомъ мѣстѣ flexurae sign. произошло это давленіе, и не описано положеніе ея, то трудно судить, была ли она нормальнаго положенія, или тоже представляла какую-нибудь аномалію. Последнее очень вѣроятно, такъ какъ нормальная небольшая flex. sign. не можетъ быть придавлена надъ подвздошной костью, гдѣ находилась flex. coli lienalis.

### Загибы flexurae sigmoideae.

Точно также какъ кишечная трубка можетъ загнуться вокругъ своей поперечной оси, такимъ-же образомъ и кишечная петля въ состояніи загнуться обоими своими кольцами сразу. Хотя, какъ видно было при случаяхъ аномаліи въ положеніи толстыхъ кишокъ, бываютъ петли на восходящей, поперечной и нисходящей части ободочной кишки, однако указанія на случаи загиба въ такихъ петляхъ не встрѣчается въ литературѣ. Нормально на толстой кишкѣ есть только одна петля — въ flex. sign.; загибы въ последней тоже очень рѣдки, такъ какъ большія flexurae sign. обыкновенно выходятъ изъ области таза и находятся въ

брюшной полости. Мне удалось найти два случая, гдѣ flex. sigmoid., выдавшись сначала изъ таза, потомъ опять перегибалась туда.

1. Первый случай приведенъ Höhnе, которому этотъ случай сообщилъ A. G. Otto.

Женщина, которая страдала въ послѣдніе годы своей жизни запорами, умерла при явленіяхъ запора. При вскрытіи найдено, что flex. sigmoid. сильно развита и перегнута въ малый тазъ, такъ что верхушка петли лежала подъ прямой кишкой.

Была ли непроходимость въ мѣстѣ загиба или въ прямой кишкѣ, вслѣдствіе давленія на нее верхушки flex. sigmoid., или наконецъ въ обоихъ мѣстахъ сразу, изъ описанія не видно.

2. Второй случай описанъ Визк'омъ. Мужчина 28 л., который страдалъ хроническими запорами, былъ доставленъ изъ больницы передъ самой смертью. При вскрытіи найдено, что flex. sigmoid. сильно вздута, поражена гангреной, и занимаетъ почти всю брюшную полость. При ближайшемъ осмотрѣ оказалось, что она сначала направлялась вверхъ, потомъ перегнулась внизъ, что и произвело непроходимость кишки.

Въ этихъ двухъ случаяхъ мы опять имѣемъ дѣло съ сильно развитыми аномально расположенными flexига'ми sigmoid., т. е. съ аномаліями анатомо-эмбриологическаго характера. Что указанные загибы давняго происхожденія, доказывается хроническими запорами, которыми страдали больные въ обоихъ послѣднихъ случаяхъ.

## Завороты толстой кишки. (Torsiones coli).

Какъ при загибахъ мы видѣли загибы кишечной трубки и загибы кишечной петли, такимъ же образомъ и при заворотахъ слѣдуетъ различать завороты кишечной трубки и завороты кишечной петли. Рокитанскій не особенно рѣзко отличаетъ эти двѣ формы и говоритъ, что кишка можетъ завернуться около своей оси или около оси брыжейки. Перваго рода завороты будутъ соответствовать заворотамъ трубки, а второго — заворотамъ петли. Утвержденіе Рокитанскаго, что вращенія *col. desc.* около своей оси невозможны, не оправдывается, такъ какъ изъ нижеприведенной казуистики видно, что и вращенія нисходящей ободочной кишки около своей оси были наблюдаемы. Это его утвержденіе, впрочемъ, вытекаетъ изъ невѣрной посылки о причинѣ заворотовъ. По ея мнѣнію завороты происходятъ въ старческомъ возрастѣ вслѣдствіе растяженія и дряблости брыжейки; а такъ какъ *col. desc.* въ нормальныхъ случаяхъ не имѣетъ брыжейки, то и заворотъ невозможенъ. Въ самомъ-же дѣлѣ удлиненныя брыжейки зависятъ отъ врожденныхъ условій, слѣдовательно могутъ встрѣчаться во всякомъ возрастѣ: что и подтверждается нижеслѣдующей казуистикой. Изъ 16 случаевъ заворота различныхъ частей толстой кишки вокругъ своей оси самый меньшій возрастъ — 16 л., самый старшій — 74 г., средній — 46,6 л. 11 случаевъ приходится на мужчинъ, четыре — на женщинъ, въ одномъ случаѣ возрастъ и полъ не указаны.

## Завороты кишечной трубки.

### А. Завороты слѣпой и восходящей ободочной кишки (*Torsiones caeci et coli ascendentis*).

1. Первый случай заворота восходящей ободочной кишки описанъ Рокитанскимъ, причемъ, кромѣ непроходимости кишекъ, въ мѣстѣ заворота были еще ущемленія въ другихъ частяхъ кишечника.

Мужчина 54 л. съ большою лѣвой мошоночною грыжей умеръ съ явленіями ущемленія. При вскрытіи найдено, кромѣ явленій общаго перитонита, что слѣпая и восходящая ободочная кишки были такимъ образомъ поворочены вокругъ своей оси влѣво, что flex. coli hep. была обращена влѣво и лежала почти параллельно поперечной ободочной кишкѣ. Завороченная кишка была сильно вздута и лежала впереди всѣхъ брюшныхъ органовъ. Вслѣдствіе этого заворота образовалась ямка, ограниченная mesos. asc. и частью mesocol. transvers., въ которую запаала петля тонкихъ кишекъ и здѣсь ущемлена. Третье ущемленіе было въ грыжѣ.

2. Случай, описанный Пироговымъ, наблюдался у 16-и-лѣтняго молодого человѣка. Однажды, во время работы, пациентъ почувствовалъ сильную боль въ правой сторонѣ живота. Невольно схватившись рукой за правую сторону мошонки, гдѣ у него была грыжа, онъ замѣтилъ, что послѣдняя исчезла. Боль все больше и больше усиливалась. Черезъ два дня, когда онъ былъ доставленъ въ больницу, было сильное вздутіе живота, запоръ, каловая рвота, правая сторона мошонки опухла и была наполнена жидкостью, на правой сторонѣ подъ пупкомъ прощупывалось возвышеніе. При вскрытіи нашли, что месосоеситъ былъ очень удлиненъ и тянулся отъ пупка, гдѣ находилась слѣпая кишка, до грыжи; colon ascend. былъ два раза завороченъ вокругъ своей оси, но легко могъ быть приведенъ въ нормальное положеніе. Слѣпая и тонкія кишки сильно вздуты, грыжевой мѣшокъ, состоящій изъ обычныхъ частей, содержалъ въ себѣ серозную жидкость.

3. Въ 1856 г. Moutard-Martin опубликовалъ случай заворота слѣпой и начала восходящей ободочной

кишки, который явно показываетъ, что заворотъ зависитъ отъ особеннаго анатомическаго развитія этихъ органовъ. Женщина 59 л., часто страдавшая запорами, заболѣла сильными болями въ животѣ. Животъ сильно вздутъ, чувствителенъ, сильный запоръ, не уступающій никакимъ слабительнымъ, и наконецъ каловая рвота. На 13-й день болѣзни обильное зловонное испражненіе, послѣ котораго больная умерла.

При вскрытіи, кромѣ признаковъ перитонита, нашли, что слѣпая кишка сильно вздута и занимаетъ пространство между подвздошной областью до малаго таза; форма ея соответствуетъ желудку. Она со всѣхъ сторонъ покрыта брюшиннымъ покровомъ и не прикреплена къ задней стѣнкѣ живота, такъ что между кишкой и задней брюшной стѣнкой можно провести палецъ. Благодаря этой подвижности, которую кишкѣ доставила ея особенное анатомическое развитіе, она подверглась двойному перемѣщенію. Сначала она перемѣстилась сверху внизъ, такъ что мѣсто впаденія въ нее подвздошной кишки находилось сверху, потомъ кишка повернулась вокругъ своей продольной оси снаружки кнутри. Послѣдній поворотъ совсѣмъ закрылъ просвѣтъ кишки, между тѣмъ какъ проходъ изъ подвздошной кишки въ толстую остался открытымъ. Кромѣ того, въ отдѣльныхъ ограниченныхъ мѣстахъ слѣпой кишки появилась гангрена, поведшая въ одномъ мѣстѣ къ прободенію.

4. Duchassoy приводитъ слѣдующій случай заворота col. asc., указанный Averg. Col. desc. направлялся отъ col. transv. внизъ къ synchondrosis sacro-iliac. dextr. Здѣсь онъ находился сзади конца подвздошной кишки и своей брыжейки, которыми и ущемлялся. Отсюда онъ направлялся къ желудку и, наконецъ, опускался внизъ по правую сторону позвоночника, гдѣ переходилъ въ слѣпую кишку.

5. Въ вышеупомянутомъ трудѣ Fagge приводить также два случая заворота слѣпой кишки.

(55). Мужчина 30 лѣтъ умеръ черезъ 3 дня, заболѣвъ запоромъ, вздутіемъ живота и каловой рвотой. При вскрытіи найдено, что слѣпая кишка занимаетъ центръ живота, а мѣсто, которое обыкновенно занято ею, заполнено другими кишками: тамъ находилась flex. sigm., которая

на правой сторонѣ позвоночника опускается внизъ и переходитъ въ прямую кишку. Лѣвая сторона брюшной полости не занята нисходящей толстой кишкой, которая перемѣщена вправо. Нижняя часть слѣпой кишки поворочена вокругъ своей оси.

6 (57). Мужчина 28 л., который страдалъ послѣдніе 6 мѣсяцевъ припадками рвоты, снова заболѣлъ такими же припадками и черезъ 3 недѣли умеръ. При этомъ были боли въ животѣ, запоръ не полный. При вскрытіи нашли, что восходящая и нисходящая ободочныя кишки находятся на лѣвой сторонѣ; слѣпая — въ маломъ тазу, при чемъ очень удлинена и при переходѣ ея въ восходящую ободочную кишку оказалась повернутой менѣе 180° около своей продольной оси, такъ что образовались складки, мѣшающія свободному прохождению кала.

7. Изъ Мюнхенской больницы д-ръ Мау сообщилъ слѣдующій случай, имѣвшій мѣсто въ 1884/5 г. 55-и-лѣтній поденщикъ заболѣлъ запоромъ; на второй день появились боли въ правой подвздошной области, которая вскорѣ распространилась по всему животу, и началась рвота. Послѣ слабительныхъ боль только увеличилась. Животъ твердый и чувствительный, въ области *col. transv.* выдается кишка величиною въ кулакъ. На 4-ый день болѣзни послѣ многихъ высокихъ клистировъ — нѣсколько жидкихъ испражнений. На 5-ый день утромъ вдругъ наступила сильная рвота темными, но не каловыми массами, и больной умеръ. При вскрытіи оказалось, что кишка, которая выдавалась въ области *col. transversi*, была слѣпая, завороченная вверхъ и кнутри. Точка вращенія находилась на серединѣ восходящей ободочной кишки въ отдаленіи 25 см. отъ *proc. vermiformis*; здѣсь была полная непроходимость кишки и начало гангрены.

8. Обалинскій сообщилъ въ 1888 г. слѣдующій случай заворота сесі.

(29.) Женщина 64 л. поступила во внутреннюю клинику вслѣдствіе болѣзни кишекъ. Часто у нея бывали запоры и мѣстныя ограниченныя вздутія живота. При лапаротоміи, сдѣланной 10/VIII 1887 г., нашли очень подвижную слѣпую кишку съ длинной брыжейкой, которая была заворочена

вокругъ своей оси. Заворотъ былъ расправленъ, и большая выздоровѣла.

Д-ромъ Цеге-фонъ-Мантейфелемъ опубликованъ также случай заворота слѣпой и восходящей ободочной кишки, который показываетъ, что заворотъ существовалъ раньше непроходимости; прирожденной аномаліей въ этомъ случаѣ была еще общая брыжейка для подвздошной, восходящей и слѣпой кишокъ.

(1.) Мужчина 30 л. поступилъ 17/XI 1888 г. въ здѣшнюю хирургическую клинику. По словамъ пациента, онъ болѣлъ уже 14 дней запоромъ, а въ послѣдніе дни у него появилась и зловонная рвота. Подобные припадки у него были прежде уже нѣсколько разъ, но проходили черезъ болѣе или менѣе длинный промежутокъ времени послѣ слабительныхъ. При ощупываніи вокругъ пупка, особенно съ правой стороны, прощупывается вздутая кишка. Въ тотъ же день приступили къ лапаротоміи, во время которой оказалось, что конецъ подвздошной, слѣпая и восходящая кишки имѣли общую брыжейку, направленную вверхъ, очень короткую flex. coli hep., — при чемъ, при переходѣ восходящей ободочной кишки въ эту flex., констатированъ заворотъ coli asc. справа налѣво. Мѣсто заворота осталось однако суженымъ и послѣ того, какъ кишка приведена была въ нормальное положеніе. Сдѣланъ былъ anus praeter-naturalis на слѣпой кишкѣ, но больной умеръ черезъ 4 дня послѣ операціи отъ септического перитонита. При секціи оказалось, что на мѣстѣ, гдѣ произошелъ заворотъ, были соединительно-тканныя утолщенія, которыя такимъ образомъ указываютъ, что заворотъ существовалъ уже долгое время.

10. Въ своей статьѣ «о леченіи острой непроходимости кишокъ» Dr. Rehn сообщаетъ слѣдующій случай. 24-хъ лѣтній мужчина заболѣлъ 20/XI 1891 г. сильными болями въ животѣ, причемъ послѣдовало испражненіе и рвота. 21-го боль стала непрерывной; послѣ высокаго клистира послѣдовало кровавое выдѣленіе безъ кала и безъ flatus. 24-го нѣсколько такихъ выдѣленій и каловая рвота. 25-го произведена была лапаротомія; причемъ оказались явленія воспаления брюшины около слѣпой и конца подвздошной

кишекъ, слѣпая кишка была такъ повернута вокругъ своей продольной оси, что *processus vermif.* находился съ лѣвой стороны ея, и это ненормальное положеніе удерживалось тѣмъ, что конецъ *proc. vermif.* приросъ къ задней брюшной стѣнкѣ. Была произведена резекція чревовиднаго отростка и слѣпая кишка помѣщена на надлежащее мѣсто. Черезъ мѣсяцъ пациентъ выпущенъ изъ больницы здоровымъ.

Изъ этого случая ясно видны высказанныя предположенія, что заворотъ обыкновенно существуетъ раньше, а припадокъ является только подъ вліяніемъ какого нибудь толчка, который увеличиваетъ поворотъ до непроходимости. Въ данномъ случаѣ *proc. vermif.* могъ прирости къ задней стѣнкѣ только послѣ поворота, т. е. когда онъ принялъ положеніе относительно слѣпой кишки съ лѣвой ея стороны. Но такъ какъ приращеніе это требовало болѣе или менѣе долгаго времени для своего развитія, то, слѣдовательно, заворотъ существовалъ еще раньше, чѣмъ наступилъ припадокъ.

#### **Б. Завороты поперечной ободочной кишки (*Torsiones coli transversi*).**

1. Въ своей диссертациі *Paterna* приводитъ исторію болѣзни одной 72 лѣтней женщины, которая давно страдала расстройствомъ желудка, а по временамъ и рвотой, однако безъ особаго вліянія на ея общее состояніе. Разъ объѣвши, она ночью почувствовала сильныя боли въ животѣ. На слѣдующій день запоръ и каловая рвота, которая повторялась черезъ каждые 2 дня. На 17 день болѣзни она поступила въ *Charité* къ проф. Фрериксу, гдѣ черезъ 4 дня и умерла. Въ послѣдніе дни болѣзни на разныхъ мѣстахъ живота выдѣлялись контуры кишекъ, хотя весь животъ былъ вздутъ, а день передъ смертію особенно выдѣлялся *col. transv.* При вскрытіи кромѣ признаковъ воспаленія брюшины оказалось, что *col. transv.* передъ своимъ переходомъ въ *desc.* былъ повороченъ около своей оси, правая же его сторона спускалась вправо и внизъ, была чрезвычайно удлинена и приросла къ отверткію таза.



Здѣсь мы опять видимъ, что заворотъ существовалъ раньше послѣдняго припадка, на что указываетъ то обстоятельство, что *col. transv.* въ завороченномъ состояніи приросъ къ отверстию таза.

2. Второй случай заворота *col. transv.*, который мнѣ удалось найти, указанъ *Söderbaum*омъ. Женщина 39 л. страдала долгое время хроническими запорами и умерла отъ *pneumoniae*. При вскрытіи нашли, что *mesoc. transv.* былъ очень удлинень, и въ 3-хъ мѣстахъ на *col. transv.* были завороты по длинной оси, каждый въ 180°.

Въ этомъ случаѣ мы имѣемъ, такимъ образомъ, степень заворота, предшествовавшую припадку *ileus'a*, почему я и привелъ здѣсь этотъ случай, хотя его слѣдовало бы скорѣе отнести къ главѣ аномалій толстыхъ кишекъ.

#### В. Завороты нисходящей ободочной кишки (*Torsiones coli descendentis.*)

1. (1.) Первый случай заворота нисходящей ободочной кишки, который описать, наблюдался въ здѣшней городской больницѣ и описать Ольдекопомъ въ его диссертации.

60-и лѣтній мужчина, страдавшій коликами, наступавшими послѣ погрѣшностей въ діетѣ, нагнулся разъ послѣ обѣда, чтобы поднять выпавшій у него изъ рукъ ножъ, и моментально почувствовалъ боли въ лѣвомъ боку, которыя вкорѣ достигли весьма сильной степени, вследствие чего онъ отправился въ больницу. Послѣ клистира вышло нѣсколько кусковъ твердаго кала. На слѣдующій день животъ, который при поступленіи пациента въ больницу былъ впа-вшимъ, вздулся, особенно на лѣвой сторонѣ, наступили отрыжка и рвота, и на 3-ій день утромъ онъ умеръ. При вскрытіи оказалось, что всѣ кишки вздуты, а особенно *col. desc.*, который загнулся впередъ черезъ *ligament. suspensorium flexurae sigmoideae* (*lig. mesenterico-mesocol.?*) потомъ завернулся также 2 раза вокругъ своей продольной оси справа налѣво. Послѣ того какъ развернули кишку и привели ее въ нормальное положеніе, оказалось, что *mesocol. desc.* и *flexurae sigm.* чрезвычайно удлинены.

2. Въ 1872 г. Crisp секцировалъ трупъ, доставленный д-ромъ Davis'омъ. Мужчина 62 л. часто страдалъ припадками коликъ вздутія живота, которые проходили у него послѣ обильнаго выдѣленія газовъ, если онъ ложился на спину и притгивалъ ноги къ тѣлу. 19-го Іюля 1872 г. съ нимъ случился подобный припадокъ, который не уступалъ ни обыкновенному его приему, ни подъ влияніемъ клизмъ; черезъ 48 часовъ больной умеръ. При вскрытіи нашли заворотъ *col. desc.* вокругъ своей оси, который произвелъ непроходимость кишки въ серединѣ ея. Длинный *mesocolon*.

Въ упомянутыхъ 2-хъ случаяхъ, кромѣ удлиненія *mesocolon'a*, мы изъ анамнеза видимъ, что у пациентовъ были подобныя припадки и ракше, а это указываетъ на то, что заворотъ или раньше существовалъ, какъ постоянное явленіе, не закрывая окончательно просвѣта кишки, или что онъ наступалъ припадками и проходилъ самъ собой. Это такимъ образомъ подтверждаетъ высказанное предположеніе о зависимости припадковъ, вызываемыхъ заворотами, отъ состоянія и положенія кишекъ при ихъ функціяхъ.

3. Въ 1883 г. Clark описалъ слѣдующій случай. Мужчина 32-хъ лѣтъ внезапно, во время работы, почувствовалъ боль въ лѣвой подвздошной области; отсюда боль распространилась по всему животу. Къ этому присоединился запоръ и тошнота. Черезъ 7 дней онъ поступилъ въ больницу, гдѣ ему нѣсколько разъ былъ сдѣланъ проколъ, такъ какъ животъ былъ сильно вздутъ. Послѣ этихъ проколовъ больной чувствовалъ себя лучше. На 17-ый день болѣзни у него явились позывы на низъ; за все время болѣзни 1 разъ вышли нѣсколько кусковъ кала и *flatus*. На 23-ій день была сдѣлана лапаротомія, при чемъ оказалось, что *col. desc.* и *flex. sigm.* обернулись  $3\frac{1}{2}$  раза вокругъ своей оси. *Mesocol. desc.* былъ настолько удлинень, что перешелъ на правую сторону живота. Завороченныя кишки были приведены въ нормальное положеніе. Черезъ 5 недѣль пациентъ былъ выпущенъ изъ больницы здоровымъ.

4. Въ своей статьѣ о суженіяхъ и закрытіи кишечника Staffel приводитъ слѣдующій случай. Мужчина 74 л., который уже долго страдалъ неправильными испражненіями,

заболѣлъ сильнымъ запоромъ съ коликами послѣ того, какъ съѣлъ много вишенъ съ косточками. Черезъ 8 дней явленія усилились, появилась отрыжка, и больной поступилъ на 9-ый день въ больницу. Животъ сильно вздутъ, на правой сторонѣ болѣе чѣмъ на лѣвой, перистальтика видна, колики черезъ каждыя 15—20 минутъ, позывы на низъ. Вечеромъ была произведена Colotomy на лѣвой сторонѣ живота, при чемъ изъ раны вытекло незначительное количество перитонитического эксудата, а при надрѣзѣ кишки изъ нея выбрызнуло около  $\frac{1}{2}$  литра слизи, смѣшанной съ каломъ. Послѣ операціи животъ уменьшился на лѣвой только сторонѣ. Утромъ слѣдующаго дня боль усилилась, и больной умеръ. При вскрытіи найдено, что col. desc. при переходѣ его въ flex. sigmoid. повернулся вокругъ своей оси, на мѣстѣ заворота образовалось маленькое гангренозное мѣсто, черезъ которое косточка вишни прошла въ брюшную полость и вызвала перитонитъ. Col. asc. перемѣщенъ налѣво и придавилъ кишку къ promontorium'у при переходѣ flex. sigmoid. въ rectum, такъ что въ этомъ мѣстѣ просвѣтъ тоже былъ закрытъ. Anus praeternaturalis былъ наложенъ между этими 2-мя непроходимыми мѣстами на flex. sigmoid.

И такъ, и въ случаяхъ заворота трубки толстой кишки вокругъ своей оси мы тоже видѣли, что во многихъ изъ нихъ прямо указаны данныя, по которымъ можно заключить о какихъ-нибудь аномаліяхъ въ анатомическомъ устройствѣ и развитіи отдѣловъ кишки или брыжейки, подверженныхъ завороту. Вѣроятно какія-нибудь измѣненія были и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ объ этомъ не упомянуто, потому что нормально длинная и прикрѣпленная кишка не въ состояніи завернуться.

### Завороты кишечной петли.

Нормальнымъ образомъ въ толстыхъ кишкахъ есть только одна петля при flex. sigmoid. Аномальныя же петли могутъ существовать и на другихъ отдѣлахъ толстой кишки, и такія петли могутъ заворачиваться, какъ это видно будетъ изъ слѣдующей казуистики. Обыкновенная нормальная, т. е.

не особенно сильно развитая, петля flex. sigmoid. никогда не подвергается завороту; для этого необходимо, чтобы она была сильно развита и перешла въ полость живота. Я ограничиваюсь этой маленькой замѣткой относительно заворотовъ flex. sigmoid., такъ какъ скоро по этому вопросу появится болѣе компетентная работа: мой многоуважаемый учитель проф. В. Кохъ занятъ этимъ вопросомъ и скоро опубликуетъ свои изслѣдованія. Петли на другихъ частяхъ толстой кишки, представляющія аномалію по самому своему существованію, въ силу именно этой прирожденной аномаліи могутъ подвергаться заворотамъ. Последніе такимъ образомъ обусловлены той-же причиною, какъ и завороты кишечной трубки.

#### А. Завороты петли восходящей ободочной кишки.

Здѣсь петля можетъ состоять только изъ одной восходящей ободочной кишки или изъ нея и конца подвздошной, причемъ само собою понятно, что въ последнемъ случаѣ эти 2 кишки должны имѣть общую брыжейку. Treves упоминаетъ о заворотѣ петли, образуемой только col. asc., но не описываетъ его.

1. Первый описанный случай заворота петли col. asc. принадлежитъ Bednag'y.

У мальчика 10 дней, заболѣваго оспой съ воспаленіемъ легкихъ, появились поносъ и рвота каловыми массами. Животъ не былъ вздутъ, а остался плоскимъ и мягкимъ. Смерть наступила на слѣдующій день. При вскрытіи оказалось, что col. asc. и ileum имѣли общую брыжейку и образовавшаяся такимъ образомъ петля завернулась справа налѣво, такъ что слѣпая кишка попала въ лѣвую сторону, была растянута и наполнена густымъ кашицеобразнымъ желтымъ каломъ, между тѣмъ какъ ileum былъ пустъ.

2. Въ другомъ случаѣ, описанномъ Soysa и Эпштейномъ, петля, которая завернулась, состояла изъ всего jejunum-ileum'a, слѣпой и восходящей ободочной кишки.

Ребенокъ мужскаго пола 8-и дней. Первые 2 дня послѣ родовъ ребенокъ лежалъ спокойнымъ и лишь на 3-й день въ первый разъ взялъ грудь, на 4-ый появился поносъ, а на 5-ый къ нему присоединилась рвота темнокоричневыми массами. На десятый день ребенокъ умеръ.

При вскрытіи найдено, что слѣпая и восходящая ободочная кишки имѣютъ общую брыжейку съ тонкими кишками, которая была длинна и узка. Заворотъ произошелъ во всей брыжейкѣ, такъ что *col. asc.* лежалъ впереди тонкихъ кишекъ отъ *lig. hepato-colicum* до *fossa il. sin.* Закрытіе просвѣта произошло въ нижней части *duodeni* и при переходѣ восходящей ободочной кишки въ поперечную, но закрытіе просвѣта было неполное.

3. Лабуцъ сообщилъ слѣдующій случай изъ Красносельскаго военнаго госпиталя. Солдатъ 21 г. послѣ двухдневнаго запора явился въ пріютный покой съ жалобой на сильную боль въ животѣ. Слабительное не подѣйствовало, и въ томъ же день онъ найденъ былъ мертвымъ. Рвоты не было. При судебно-медицинскомъ осмотрѣ оказалось, что вздутыя кишки плавали въ кровянистой жидкости, розово-красныя съ сильнымъ налитіемъ сосудовъ петли кишекъ перемѣнивались съ петлями аспиднаго цвѣта. При ближайшемъ осмотрѣ оказалось, что слѣпая и восходящая ободочная кишки имѣли брыжейку около 8 дюймовъ ширины, которая переходила съ одной стороны въ брыжейку поперечной ободочной кишки шириной около 2 дюйм., а съ другой соединялась съ брыжейкой тонкихъ кишекъ. Вся восходящая ободочная кишка вмѣстѣ съ двумя футами подвздошной кишки были перекручены вокругъ себя 2 раза до полнаго закрытія просвѣта.

4. Въ Обществѣ Волынскихъ врачей Брунсъ сообщилъ слѣдующій случай. 24-хъ лѣтній мужчина заболѣлъ запоромъ, рвотой, которая была разъ каловой, и сильными болями въ животѣ. Раньше онъ уже нѣсколько разъ имѣлъ подобные припадки. Отъ внутренняго леченія сначала было улучшение самочувствія, но потомъ не достигалось никакого облегченія, а потому на 11-ый день болѣзни Брунсъ произвелъ лапаротомію. Въ полости брюшины была найдена немножко справа отъ пупка опухоль величиною въ яблоко,

которая при ближайшем разсмотрѣніи оказалась скрученной брыжейкой. При поворотѣ обѣими руками тонкихъ кишекъ слѣва направо въ  $360^{\circ}$ , эта опухоль пропала, проходимость кишки восстановилась, и оказалось, что этому разворачиванію слѣдовали также слѣпая и восходящая ободочная кишки. Черезъ 40 минутъ послѣ операціи наступила рвота, и рвотные массы попали въ дыхательное горло, вслѣдствіе чего больной умеръ отъ удушенія. При искусственномъ дыханіи оказалось, что изъ ануса и рта выдѣлялась темная жидкость, изъ чего можно заключить, что проходимость кишки была восстановлена.

5. Случай, гдѣ заворотъ произошелъ на петлѣ, образованной только восходящей ободочной кишкой, сообщает Curgschmann у 57-и лѣтней женщины. Эта петля была такой длины, что верхушка ея находилась въ fossa il. sin., разстояніе между ея начальными точками — 6 см., къ задней брюшной стѣнкѣ она прикрѣплялась посредствомъ большой вѣерообразной брыжейки.

#### Б. Заворотъ петли поперечной ободочной кишки.

Что поперечная ободочная кишка вслѣдствіе особаго прирожденнаго анатомическаго ея устройства часто образуетъ петли, видно было изъ казуистики аномалій кишекъ, но такія петли, если они достигаютъ большой величины, обыкновенно такъ расположены, что ихъ концы отстоятъ довольно далеко другъ отъ друга, такъ что такіе завороты, которые повели бы къ непроходимости кишекъ, случаются не часто. Случай такого заворота, окончившійся смертью, сообщил Auger, гдѣ завороченная петля была длиною въ 12 дюймовъ. Curgschmann видѣлъ такихъ 3 случая, и одинъ разъ заворотъ произошелъ на flex. coli lienal.

В. Что касается заворотовъ петель нисходящей ободочной кишки, то хотя петли на ней случаются, однако мнѣ не удалось найти ни одного случая, гдѣ такая петля образовала бы заворотъ.

Г. Завороты *flexurae sigmoideae*.

Этотъ родъ заворотовъ — самый частый между всѣми другими родами и болѣе всего обработанъ съ клинической и патолого-анатомической стороны; однако и въ немъ еще остается много темнаго. Я не буду вдаваться въ подробный разборъ этого рода заворотовъ отчасти потому, что объемъ настоящей работы слишкомъ разросся бы, отчасти потому, что, какъ я уже упомянулъ, надъ этимъ вопросомъ работаетъ проф. В. Кохъ. Я ограничусь только казуистикой, которая составила бы какъ бы приложение и дополненіе къ его работѣ. Прежде чѣмъ перейти къ тѣмъ случаямъ, гдѣ въ результатъ заворота появилась непроходимость кишки, я хочу привести нѣсколько случаевъ, которые представляютъ какъ бы предшествующую ступень полной непроходимости, т. е., гдѣ кишка находится въ положеніи заворота, но проходимость ея сохранена. Эти случаи собственно относятся къ отдѣлу аномалій въ положеніи толстыхъ кишекъ, но я ихъ привожу здѣсь, чтобы подтвердить уже нѣсколько разъ высказанное положеніе относительно выше разсмотрѣнныхъ формъ заворота, а именно, что для возникновенія его требуется особое анатомическое, приращенное къ нему предрасположеніе. Liébaut описываетъ случай, наблюденный Potain'омъ, гдѣ у 25-и лѣтней женщины, умершей отъ тифа, при вскрытіи нашли слѣдующее расположеніе flex. sigm. S. romanum тянулся отъ одной подвздошной ямки къ другой и образовалъ форму круга, причемъ его концы были расположены такимъ образомъ, что конецъ, граничащій къ col. desc., находился позади конца переходящаго въ rectum. Такой же случай замѣтилъ Melchior. Въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ заворотъ flex. sigm., но безъ непроходимости кишекъ. Такого рода заворотъ легко, конечно, можетъ при благоприятныхъ обстоятельствахъ повести къ ущемленію петли и произвести клиническую картину непроходимости кишекъ. Болѣе обстоятельное доказатель-

ство этого положенія будетъ изложено проф. Кохомъ въ его работѣ. Что касается казуистики случаевъ заворотовъ flex. sigmoid., то упоминанія о такихъ встрѣчаются во многихъ статьяхъ, трактующихъ о непроходимости кишекъ, во многихъ отчетахъ больницъ и клиникъ. Curschmann, напр., упоминаетъ о видѣнныхъ имъ 28 такихъ случаевъ. Но при отыскиваніи случаевъ, на которые ссылаются нѣкоторые авторы, я убѣдился, что понятіе о заворотѣ не точно и не всѣми одинаково понимается. Часто встрѣчается, что подъ именемъ заворота описываются такіе случаи, гдѣ ненормальное положеніе обусловлено тяжами и перемычками, сращеніемъ flex. sigmoid. съ опухолями и происшедшимъ отсюда заворотомъ и т. п. Въ виду того, что здѣсь рассматриваются только тѣ случаи, которые обусловлены особымъ анатомическимъ устройствомъ кишки и, наконецъ, въ виду чрезвычайной многочисленности литературныхъ указаній на случаи этого рода, я ограничиваюсь здѣсь приведеніемъ только тѣхъ случаевъ, которые болѣе или менѣе точно описаны. Что касается древней литературы, то я уже упомянулъ, что тамъ нѣтъ точныхъ описаній, такъ какъ древніе обращали болѣе вниманіе на симптомы болѣзни, при вскрытіяхъ же ограничивались указаніемъ на то, что кишки найдены не въ нормальномъ положеніи, не входя въ болѣе точное описаніе.

1. Первый случай, который мнѣ удалось найти, описанъ Abercrombie, который его наблюдалъ въ 1815 г.

Мужчина 60 л. заболѣлъ запоромъ, рвотой, сильными не увеличивавшимися отъ давленія болями въ животѣ и вздутіемъ его. Раньше у больного 2 раза были уже подобные припадки. На 7-ой день онъ умеръ. При вскрытіи пашли, что flex. sigmoid. находилась вертикально въ лѣвой половинѣ живота и достигала до лѣваго подреберья, причемъ она была заворочена слѣва на право въ  $180^{\circ}$ , такъ что rectum находился позади начала s. transv.



2. Случай описанный Seckendorff'омъ. Мужчина 23-хъ лѣтъ, который съ 6-и лѣтнаго возраста имѣлъ *herniam ing. sin. peronib.* и часто страдалъ запорами, заболѣлъ 28/III 1824 г., послѣ того какъ обѣлся картофелемъ, и на 10-ый день болѣзни поступилъ въ Лейпцигскую больницу. Здѣсь оказалось, что *hernia* не ущемлена. Послѣ разныхъ слабительныхъ и проносныхъ и *suppositorium*'а вышло немножко темной жидкости и нѣсколько *flatus*. На 16-ый день появилась рвота и сильныя боли въ животѣ, а на слѣдующій день онъ умеръ. При вскрытіи оказалось, что *flex. sigmoid.* находилась въ вертикальномъ положеніи, достигала до лѣваго подреберья и была заворочена на 180° слѣва направо, причемъ *rectum* находился позади начала *flex. sigmoid.*

3. Въ 1831 г. Kleeberg описалъ слѣдующій случай. 45 лѣтній мужчина, имѣвшій уже 16 л. *herniam ing. dextr. externam*, которая 5 лѣтъ тому назадъ стала невправляемой, заболѣлъ, какъ К. говоритъ, послѣ простуды *ileus*'омъ, отъ котораго умеръ на 5-ый день. Грыжа во все время болѣзни оставалась мягкой, безболѣзненной, между тѣмъ какъ главная боль сосредоточивалась на верху въ прямой кишкѣ, и больной ощущалъ какъ бы присутствіе инороднаго тѣла, что побуждало его къ натуживанію. Вслѣдствіе частаго натуживанія у больного развился *prolapsus recti*. При вскрытіи найдено было, что *col. desc.* при своемъ концѣ образовалъ большую петлю, которая висѣла на аномально длинной брыжейкѣ. Петля эта лежала горизонтально, такъ что верхушка ея находилась около *col. asc.* Переходъ *flex. sigmoid.* въ *rectum* направлялся сверху и спереди назадъ и внизъ. Двумя брюшинными отростками, изъ которыхъ одинъ опускался въ грыжу, а другой приросъ къ *apiculus ing. int.*, петля удерживалась въ этомъ положеніи. Изъ разсмотрѣнія этого случая видно, что тутъ былъ заворотъ петли, который, будучи обращенъ въ вертикальную *flex. sigmoid.*, соответствовалъ бы завороту слѣва направо по типу *rectum en attèrge*; срощенія же указываютъ, что этотъ заворотъ произошелъ уже давно.

4. Въ своей диссертациі Roserke описываетъ слѣдующій случай. 56-и лѣтній мужчина, страдавшій уже долгое время разстройствомъ желудка и кишокъ, почувствовалъ

послѣ 4-хъ дневнаго запора сильныя боли въ животѣ и позывъ на низъ, при чемъ вышло большое количество твердаго кала. Боли однако продолжались и животъ вздулся, черезъ 8 дней появилась рвота и на 9-ый больной умеръ. При вскрытіи оказалось, что flex. sigm. направлялась вертикально вверхъ, покрывая тонкія кишки и переднюю поверхность печени, достигала діафрагмы, будучи заворочена у своего основанія 2 разъ вокругъ своей оси.

5. Neussel въ своей диссертациі описалъ слѣдующій случай изъ Марбургской клиники. Женщина 72 л., страдавшая хроническими запорами получила послѣ восхожденія на гору сильныя боли въ животѣ. Вскорѣ появились безрезультатныя позывы на низъ, метеоризмъ и рвота черезъ различные періоды. На 4-ый день она поступила въ клинику, гдѣ ей давали разныя проносныя, дѣлали кровопусканія, но все безъ успѣха, и больная умерла на слѣдующій день послѣ того, какъ наступила каловая рвота.

При вскрытіи найдено, что flex. sigm. была сильно вздута, покрывала почти всѣ тонкія кишки и направлялась слѣва и снизу вправо и вверхъ, такъ что доходила до scrobis cordis и была  $2\frac{1}{2}$  раза заворочена вокругъ своей оси слѣва направо.

Авторъ при этомъ очень обстоятельно разсматриваетъ, что причиною заворота было здѣсь особое анатомическое развитіе flex. sigm.

6. Въ 1844 г. Barlow описалъ слѣдующій случай. 26-и лѣтній мужчина заболѣлъ запоромъ и вздутіемъ живота, но безъ рвоты. Подобныя припадки у него были уже раньше 2 раза. На восьмой день онъ поступилъ въ больницу. Въ продолженіе 10-и дней примѣнялись слабительныя, проносныя, теплыя ванны, кровопусканія, но безъ успѣха. Наконецъ, удалось посредствомъ зонда выпустить немножко газа, даже появилось нѣсколько испражнений, но животъ опять вздулся, на 13-ый день появилась тошнота и на 18-ый больной умеръ. При вскрытіи найдено, что flex. sigm., будучи вздута, занимаетъ почти всю брюшную полость. Она 2 раза заворочена вокругъ своей оси слѣва направо, такъ что col. desc. при переходѣ его въ flex. sigm. находится

впереди rectum. Flex. sigmoid. расположена слева и снизу вправо и вверх.

7. В своей статье, где впервые описан lig. mesenterico-mesocolicum, Груберъ<sup>64</sup> описываетъ слѣдующій случай заворота flex. sigmoid. 40 лѣтній мужчина заболѣлъ вскорѣ послѣ того, какъ съѣлъ жирно приготовленную капусту, сильными болями въ животѣ и вздутиемъ его. Въ началѣ выдѣлилось немножко калу и flatus, но потомъ наступилъ запоръ и на 9-ый день больной умеръ. При вскрытіи оказалось слѣдующее. Flex. sigmoid. представляетъ петлю въ 13—14 дюймовъ длины, колѣна которой соединены между собою узкимъ mesocol. Петля находится вертикально въ лѣвой половинѣ живота и достигаетъ до діафрагмы, причемъ она заворочена 2 раза вокругъ своей оси слева направо, такъ что прямая кишка находится позади. Ligam. mesenterico-mesocolicum сильно развитъ и способствуетъ еще болѣе странгуляціи.

Въ своей диссертации Oldesоръ описываетъ слѣдующій случай. 34-хъ лѣтній мужчина съѣлъ разъ вечеромъ много рыбы. Въ четыре часа утра онъ вдругъ почувствовалъ сильный позывъ на низъ, за которымъ послѣдовало испражненіе. Потомъ онъ напился холодной воды и вскорѣ послѣ этого вдругъ наступила сильная тошнота и обильная рвота, боли въ животѣ и безрезультатные позывы на низъ. Страданія все увеличивались. Клизмы и слабительныя не оказали дѣйствія и на слѣдующій день на разсвѣтѣ больной умеръ. При вскрытіи оказалось, что flex. sigmoid. была заворочена вокругъ своей оси справа налево и въ такомъ завороченномъ состояніи она вмѣстѣ съ кускомъ тонкой кишки проходила черезъ отверстіе брыжейки, которое находилось вблизи ея.

9. Easton опубликовалъ случай, гдѣ непроходимость произошла собственно не вслѣдствіе заворота, а вслѣдствіе давленія, которое начало flex. sigmoid. производила на ея конецъ. Но такъ какъ flex. sigmoid. и здѣсь находилась въ положеніи заворота, то я счелъ нелишнимъ отмѣтить и это наблюденіе.

При вскрытіи 27-и лѣтней женщины, умершей вслѣдствіе кишечной непроходимости и страдавшей уже долгое

время хроническими запорами, нашли, что непроходимость обусловлена особымъ прирожденнымъ аномальнымъ расположениемъ flexurae sigmoid. Длина flexurae равнялась почти длинѣ всей ободочной кишки. Отъ лѣвой подвздошной ямки она направлялась къ средней линіи, потомъ загибалась къ селезенкѣ, а оттуда внизъ. Вслѣдствіе этого расположенія начало flex. sigmoid. находилось впереди ея конца и, благодаря скопившимся здѣсь каловымъ массамъ, придавливало конецъ къ promontor.

10. Въ 1857 г. Blondeau сообщилъ изъ Hôtel-Dieu, случай, гдѣ, по предложенію Troussseau, Jober, произвелъ энтеротомію, но безуспѣшно. 50-и лѣтній мужчина, который долгое время страдалъ запорами, перемежавшимися съ поносомъ, заболѣлъ сильнымъ запоромъ и вздутіемъ живота, а къ этому на 10-ый день присоединилась рвота, сначала пищей, потомъ желчная, наконецъ каловая. На 13-ый день была сдѣлана энтеротомія, но послѣ операціи больной умеръ. При вскрытіи нашли, что flex. sigmoid. въ 4—5 разъ длиннѣе нормы и заворочена вокругъ своей оси.

11. Hаскен въ своей диссертациіи приводитъ слѣдующій случай изъ здѣшней медицинской клиники 11./II 1858 г. былъ принятъ мужчина 47 л., который уже 6 дней безъ всякой особенной причины былъ боленъ запоромъ, тошнотой и рвотой. Животъ сильно вздутъ и на немъ особенно выдаются 2 возвышенія: одно по срединѣ и другое слѣва. Зонда не удается провести выше прямой кишки. Больному назначены сначала теплые компрессы, которые потомъ по желанію пациента замѣнены холодными, которые онъ лучше переносилъ. Вспрыскиваніе морфія. 12-го была сдѣлана пункція кишки. 13-го проф. Weyrich предложилъ сдѣлать лапаротомію, но приглашенный къ консультаціи проф. хирургіи отклонилъ это предложеніе. 14-го пациентъ умеръ. При вскрытіи оказалось, что flex. sigmoid. представляетъ петлю длиною около фута; она занимаетъ переднюю поверхность полости живота впереди тонкихъ кишекъ, достигаетъ до epigastrium и заворочена вокругъ своей оси. Петля эта сильно вздута, начало ея проходимо для кончика пальца. Mesocolon flex. sigmoid. утолщенъ.

12. Derouboix опубликовалъ случай, гдѣ у 45 лѣтняго мужчины при сильномъ натуживаніи вслѣдствіе за-

пора и сильных позывов на низъ развилась рвота и сильные боли въ животѣ, отъ чего онъ черезъ 4 дня умеръ. При вскрытіи нашли, что flex. sigmoid. завернулась сверху внизъ и слѣва направо, потомъ снизу вверхъ и справа налево, такъ что начало петли находилось впереди и влѣво отъ ея конца.

13. Dal Lago сообщилъ о случаѣ, гдѣ 40 лѣтній мужчина, страдавшій хроническими запорами умеръ отъ непроходимости кишекъ. При вскрытіи нашли заворотъ flex. sigmoid. по типу rectum en arrière; верхушка петли лежала направо, около желудка.

14. Въ 1859 г. Bunzel опубликовалъ слѣдующій случай. 60 лѣтній мужчина почувствовалъ послѣ ужина боль въ области пупка и въ лѣвой сторонѣ, внизу живота (reg. hypogast). На слѣдующій день животъ вздулся; послѣ слабительныхъ боль еще болѣе увеличилась и ночью онъ умеръ. При вскрытіи нашли многократный заворотъ flex. sigmoid. и таковой же тонкихъ кишекъ.

15. Gay опубликовалъ слѣдующій случай заворота flex. sigmoid. 45-лѣтній мужчина заболѣлъ поносомъ, на 3-ій день появилась боль въ области мочевого пузыря, которая появлялась, все усиливаясь черезъ каждыя 10—15 минутъ. На лѣвой сторонѣ живота прощупывалось возвышеніе отъ области желудка до мочевого пузыря. На 5-ый день онъ внезапно умеръ. При вскрытіи нашли, что сильно вздутая flex. sigmoid. заворочена  $1\frac{1}{2}$  раза вокругъ своей оси, занимаетъ всю лѣвую половину полости живота и достигаетъ до грудобрюшной преграды, которую она отбснила вверхъ. Заворотъ по типу rectum en arrière. При разворачиваніи flex. sigmoid. она опять принимаетъ свое положеніе заворота, если она наполнена, но легко можетъ быть приведена въ нормальное положеніе, если опорожнена.

16. (VШ.) Melchiorі опубликовалъ слѣдующіе 2 случая заворота flex. sigmoid. 45 лѣтній крестьянинъ страдалъ въ продолженіе 6 мѣсяцевъ припадками запора, колики и вздутіемъ живота, которые у него проходили послѣ употребленія оливкаго масла и теплыхъ припарокъ. Закачивались они изверженіемъ зловонныхъ газовъ и испражнений. 15/IV 1859 г. послѣ обильной ѣды и питья большого количества

воды онъ опять получилъ подобный припадокъ. Тщетно испробовавъ упомянутыя средства въ теченіи 2 дней, онъ обратился на 3-ій день къ врачу, который сдѣлалъ ему кровопусканіе и назначалъ касторовое масло внутрь. Отъ послѣдняго его скоро вырвало, страданія его все увеличивались и на слѣдующій день онъ умеръ. При вскрытіи оказалось, что flex. sign. длиною въ 95-см. направлялась съ лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія, покрывая и оттѣсняя другія кишки, и заворочена вокругъ своей оси.

17 (IX). 39-и лѣтній крестьянинъ страдалъ 5 лѣтъ припадками колики и вздутіемъ живота, которые заканчивались по опорожненіи газовъ. Однажды, послѣ обильной ѣды онъ заболѣлъ такимъ же припадкомъ. Принятіе на слѣдующій день оливковаго масла и примѣненіе теплыхъ припарокъ не увѣнчались успѣхомъ. На третій день ему было сдѣлано кровопусканіе, а на 4-ый онъ по совѣту врача отправленъ въ больницу съ діагнозомъ воспаленія мочевого пузыря, такъ какъ у больного были частые позывы къ мочеиспусканію. Въ больницу онъ прибылъ уже въ безнадѣжномъ состояніи. Здѣсь при общемъ вздутіи живота замѣтно было особое выдающееся мѣсто, которое тянулось отъ лѣвой подвздошной области, черезъ пупочную и reg. epigast. Вскорѣ послѣ поступленія въ больницу онъ умеръ. При вскрытіи найдено, что flex. sign. длиною въ 76 см. была заворочена вокругъ своей оси и направлялась слѣва и сверху вправо и вверхъ впереди тонкихъ кишокъ.

18. Въ своемъ отчетѣ за 1858—59 г. Груберъ<sup>66</sup> опубликовалъ слѣдующій случай заворота flex. sign. Трактирный половой 52 л. ночью напился пьянъ; утромъ слѣдующаго дня онъ исправлялъ еще свою обязанность, но въ 4 ч пополудни явился къ хозяину съ жалобами на сильную боль въ животѣ и на тошноту. Тотъ его отправилъ въ больницу, но тамъ не нашлось мѣста; тоже повторилось и въ другихъ больницахъ, такъ что хозяинъ обратился къ полиціи. Будучи приведенъ въ участокъ, больной умеръ. При судебно-медицинскомъ вскрытіи оказалось, что flex. sign. была расположена вертикально и достигала до грудобрюшной преграды, касаясь сверху lig. suspens. hepatis. Концы этой петли, окруженные тонкими кишками, находились на

promontorium'я. Конецъ, ближайшій къ нисходящей ободочной кишкѣ, обвилъ конецъ, переходящій въ прямую кишку, сначала слѣва вправо и кзади, потомъ сзади и справа влѣво и впередъ. Странгуляція была еще болѣе усилена связкой mesenterico-mesocolicum, окружавшей конецъ flexurae sigm.

19. Vesnier въ своемъ мемуарѣ тоже приводитъ случай заворота flex. sigm., гдѣ эта раздутая петля занимала почти всю брюшную полость, оттѣснивши другія кишки, и достигала своей верхушкой нижняго отдѣла грудной полости.

20. Въ 1861 г. Д-ръ Liebau сообщилъ въ нѣмецкомъ обществѣ врачей въ Петербургѣ случай заворота flex. sigm. вокругъ своей оси 2 раза, гдѣ больной прибылъ въ больницу съ рвотой и безъ пульса, представляя картину, болѣе напоминающую холеру, чѣмъ непроходимость кишекъ.

21. Кютнеръ сообщилъ слѣдующіе 4 случая заворота flex. sigm.

(1). 65-и лѣтній мужчина поступилъ въ больницу въ коллансѣ 1/VIII 65 г. За 2 дня передъ тѣмъ онъ послѣ сильного припадка кашля вдругъ почувствовалъ сильную боль внутри живота, затѣмъ послѣдовало другъ за другомъ нѣсколько обильныхъ испражнений, которыя вдругъ прекратились, не смотря на продолжавшіеся позывы, и въ тотъ же день пациентъ умеръ. При вскрытіи найдено было, что flex. sigm. заворочена вокругъ своей оси на  $180^{\circ}$  такимъ образомъ, что ректальный конецъ ея находился позади и внизу ея начала. Мѣсто заворота находится у promont., петля тянется кверху въ лѣвой половинѣ живота, достигая діафрагмы около селезенки. Mesocolon между обоими колѣнами этой петли былъ такъ узокъ, что они касались между собою, прямая кишка ниже мѣста заворота не имѣла mesorect.

22 (2). 60-лѣтній мужчина прибылъ въ больницу умирающимъ и вскорѣ послѣ прибытія умеръ. При вскрытіи нашли, что flex. sigm. лежала спавшейся на лѣвой подвздошной кости, будучи заворочена при ея основаніи вокругъ своей оси на  $360^{\circ}$ , вся она некротизирована, что указываетъ на полную странгуляцію ея сосудовъ, безъ всякаго содержимаго. Длина этой петли 8 дюймовъ, ея mesocolon'a  $6\frac{1}{2}$ "", ширина послѣдняго у верхушки 6", у

основаніи не было вовсе *mesocol.*, *mesorectum* отсутствовало. Отчего въ данномъ случаѣ петля оказалась спавшейся, — примѣръ единственный въ литературѣ, изъ описанія не видно.

23. (3.) 79-и лѣтній мужчина былъ доставленъ въ больницу 26/XII 1865 съ рвотой, вздутымъ и болѣзненнымъ животомъ, почти безъ пульса. По словамъ пациента онъ 10 дней тому назадъ имѣлъ нѣсколько обильныхъ испражнений одно за другимъ, послѣ нихъ запоръ съ позывами на низъ, вздутиемъ живота и болями, которыя усилились послѣ слабительныхъ. Вскорѣ послѣ поступленія въ больницу онъ умеръ. При вскрытіи оказалось, что *flex. sign.* была заворочена вокругъ своей оси и представляла слѣдующую аномалію въ своемъ положеніи. Прямая кишка находилась вправо отъ *promontor.*, *col. desc.* около 3-го поясничнаго позвонка направлялся вправо позади *peritoneum'a* и появлялся на правой подвздошной кости въ видѣ колѣна *flex. sign.* Завороченная петля, сильно вздутая, находилась въ правой половинѣ живота, переходя черезъ *linea alba* только на нѣсколько дюймовъ, верхушка ея доходила до праваго подреберья.

24. (4.) 60-и лѣтній мужчина получилъ послѣ кроваваго поноса, продолжавшагося нѣсколько дней, сильныя боли въ животѣ и запоръ, потомъ появилась частая рвота. Въ лѣвой половинѣ живота чувствуется ясно ограниченная опухоль. На 8-ой день онъ умеръ. При вскрытіи оказалось, что *flex. sign.* заворочена вокругъ своей оси на  $360^{\circ}$ , находится въ лѣвой половинѣ живота и достигаетъ, поднимаясь прямо вверхъ, до діафрагмы. Нѣтъ ни *mesocol. flexurae sigmoideae*, ни *mesorecti*.

25. Въ Нѣмецкомъ обществѣ врачей въ С. Петербургѣ д-ръ Kade сообщилъ о слѣдующихъ 2-хъ случаяхъ колотоміи: 1-ый въ сентябрѣ 1865, 2-ой въ октябрѣ 1866.

(1) Женщина 40 лѣтъ страдала 5 дней запоромъ. Животъ сильно вздутъ, но на немъ ясно выдается сильно вздутая кишка, которая тянется отъ лѣвой подвздошной ямки черезъ область пупка подъ ложечку, оттуда опять на-лѣво. Въ послѣдній день рвота прекратилась, и осталась только отрыжка. При операціи, сейчасъ послѣ вскрытія полости живота, представилась сильно вздутая толстая кишка,



которая была вскрыта и опорожнена. Черезъ 26 часовъ послѣ операциі больная умерла. При вскрытіи найдено, что конецъ flex. sigmoid. былъ завороченъ вокругъ ея начала  $1\frac{1}{2}$  раза и находился впереди и по срединѣ живота, между тѣмъ какъ начало ея лежало влѣво и позади.

26. (II) Мужчина 40 л. заболѣлъ запоромъ и болями въ животѣ. На 4-ый день была сдѣлана операція. При вскрытіи полости живота и растяженіи раны замѣтили въ лѣвой сторонѣ живота сильно вздутую толстую кишку, а позади нея другую. Первая была вскрыта, причемъ изъ нея выдѣлилось немного кала. Черезъ 20 часовъ послѣ операциі больной умеръ. При секціи найденъ заворотъ flex. sigmoid., причемъ конецъ ея находился впереди начала; при колотоміи было вскрыто переднее колѣно этой петли и пришито къ ранѣ.

27. Въ упомянутой уже нѣсколько разъ статьѣ Fagge'a находится слѣдующее наблюденіе заворота flexurae sigmoideae.

(54.) 27-и лѣтняя женщина умерла, послѣ того какъ 4 дня болѣла запоромъ, рвотой, болями и вздутіемъ живота. При вскрытіи найдено что flex. sigmoid. заворочена такъ, что конецъ ея направлялся сначала вправо и назадъ отъ ея начала, потомъ влѣво и впереди его. При разворачиваніи, петля опять быстро приходила въ свое аномальное положеніе.

28. Waldenström произвелъ энтеротомію вслѣдствіе непроходимости кишекъ по Nélaton'у, но попавшаяся кишка оказалась пустой, и больной умеръ на слѣдующій день послѣ операциі. При вскрытіи найденъ заворотъ flex. sigmoid. справа налѣво.

29. Въ отчетѣ пражскаго патолого-анатомическаго института, опубликованномъ Erpingerg'омъ, упоминается о заворотѣ S. romani 3 раза вокругъ своей оси слѣва направо.

Замѣчательно въ этомъ случаѣ, что завороченная петля находилась въ маломъ тазу. Mesocolon ея былъ длинный, но узкій у основанія.

30. Léger опубликовалъ слѣдующія два наблюденія заворота flex. sigmoid. Женщина 51-года страдала уже долгое

время запорами; по временамъ испражненія показывали слѣды крови, хотя гемороя у нея не было. 27-го іюня 1875 у нея появились поносъ и рвота, а затѣмъ запоръ. 1-го/VIII. опять появилась рвота съ коликами въ животѣ. На слѣдующій день рвота прекратилась, но животъ все болѣе и болѣе вздувался. 3-яго она поступила въ больницу. Назначенное здѣсь касторовое масло внутрь дѣйствія не оказало. Рвота зеленоватого цвѣта сдѣлалась непрерывной, но ни разу не была каловой. 5-го наступила смерть. При вскрытіи оказалось, что flex. sigm., находившаяся въ передней области живота, направлялась слѣва и снизу вправо и вверхъ, касаясь верхушкой нижней поверхности печени. Она была заворочена вокругъ своей оси на 360° такимъ образомъ, что начало ея обвила конецъ спереди назадъ.

31. Мужчина 51 года, страдавшій хроническими запорами, заболѣлъ 15/1875 г., но продолжалъ еще свою работу; 17-го онъ слегъ, 19-го у него было незначительное испражненіе, 21-го онъ поступилъ въ больницу. Точныхъ свѣдѣній о предшествовавшемъ теченіи болѣзни отъ него нельзя было получить. Животъ сильно вздутъ, притомъ на правой сторонѣ больше, но не твердъ. По временамъ видны движенія кишокъ, за которыми слѣдуетъ урчаніе. Клизмы, опіумъ и ледъ на животъ дѣйствія не оказали, а 24-го Dolbeau сдѣлалъ энтеротомію, причемъ было опорожнено большое количество кала, но безъ газовъ. 25-го утромъ больного въ первый разъ вырвало, а въ 8 часовъ онъ умеръ. При вскрытіи найдено, что flex. sigm. наполняетъ почти всю полость живота и направляется слѣва и снизу вправо и вверхъ. Заворотъ такой же, какъ въ предыдущемъ случаѣ. Энтеротомія была сдѣлана на слѣпой кишкѣ. Легкій перитонитъ.

32. Изъ Hôpital Necker Homolle опубликовалъ слѣдующіе 2 случая. (1.) Женщина 38 лѣтъ, страдавшая уже 2 года хроническими запорами, почувствовала послѣ 3-хъ дневнаго запора боли въ области пупка, за ними скоро послѣдовала тошнота, сопровождаемая неоднократно рвотой. На 7-ой день она поступила въ больницу. Животъ сильно вздутъ, особенно въ области пупка. Назначенныя клизмы,

ледь внутрь и на животъ, слабительныя и впрыскиванія морфія дѣйствія не оказали, и больная умерла на 3-ій день послѣ поступленія въ больницу. При вскрытіи оказалось, что сильно увеличенная flex. sign. съ длиннымъ слабымъ mesocol. лежала горизонтально въ полости живота и надъ лономъ переходила въ правую подвздошную область; она была заворочена  $1\frac{1}{2}$  раза вокругъ своей оси.

33. (2) 33 лѣтній мужчина, страдавшій хроническими запорами, явился въ больницу послѣ 8-я дневнаго запора. Животъ сильно вздутъ особенно надъ пупкомъ, но общее состояніе довольно хорошее. Было поставлено нѣсколько клизмъ, но онѣ вышли только съ незначительной примѣсью кала. Вечеромъ при визитаціи, когда подошли къ больному, его нашли мертвымъ. При вскрытіи нашли, что flex. sign., будучи заворочена вокругъ своей оси справа налѣво и сзади напередъ, лежала вертикально въ лѣвой половинѣ живота отъ лѣвой подвздошной ямки, впереди нисходящей ободочной кишки и тонкихъ кишекъ и доходила до грудобрюшной преграды.

34. Spencer-Watson приводилъ слѣдующій случай заворота flex. sign. Старикъ 86 лѣтъ, страдавшій уже давно хроническими запорами, поступилъ въ больницу 26/I 1879 г. Запоръ у него уже дней 8—10. 19/I онъ почувствовалъ боль въ области пупка, которая, усиливаясь и стихая, не прекращалась до поступленія его въ больницу. Нѣсколько разъ за это время у него была и рвота, которая за послѣдніе 2 дня приняла зловонный характеръ. Hernia scrotalis sin., hernia inguin. dextra, между reg. lun.b. и inguin. dextra прощупывается хорошо ограниченная опухоль величиною въ апельсинъ. Послѣ клизмы изъ 250—300 граммовъ масла выходитъ нѣсколько кусковъ кала. Упомянутыя грыжи удастся вправить, что сопровождается урчаніемъ въ кишкахъ, но грыжи скоро опять появляются. Предполагая ущемленіе высоко въ каналъ грыжи, Sp.-Wat. вскрылъ лѣвый грыжевой мѣшокъ до annul. inguin. int., но никакого ущемленія не оказалось. Такъ какъ силы больного слишкомъ упали, то операція не была окончена, хотя при изслѣдованіи пальцемъ чувствовали въ брюшной полости, въ подвздошной области, опухоль и зашили рану. На слѣду-

ющій день больной умеръ, и при вскрытіи увидѣли, что опухоль, которую при жизни прощупывали въ правомъ боку, состояла изъ обернутой нѣсколько разъ вокругъ своей оси flex. sigmoid. Длина такимъ образомъ ущемленной кишки — нѣсколько футовъ.

35. Въ 1879 г. Linstedt сообщилъ о случаѣ лапаротоміи при volvulus. Мужчина 52 лѣтъ страдалъ 16 дневнымъ запоромъ и вздутіемъ живота; на послѣднемъ ясно видны контуры нѣкоторыхъ кишекъ. При лапаротоміи 24/III 1879 оказался темноватый экссудатъ съ хлопьями. По удаленіи экссудата сдѣлались видны 3 растянутыхъ петли толстыхъ кишекъ, изъ которыхъ одна, принадлежавшая поперечной ободочной кишкѣ, должна была быть пунктирована, прежде чѣмъ удалось войти рукой въ полость брюшины. Послѣ этого можно было убѣдиться, что flex. sigmoid. сдѣлала полный оборотъ вокругъ своей оси. При вращеніи вынутой изъ брюшной полости flex. sigmoid. влѣво, проходимость кишки восстановилась, и больной выздоровѣлъ.

36. Въ слѣдующемъ году Liden сообщилъ слѣдующій случай лапаротоміи. Женщина 53 л., которая уже нѣсколько разъ имѣла припадки volvulus'a, проходившіе послѣ клизмъ, заболѣла 31/X 80 г. снова запоромъ и сильными болями въ животѣ. На слѣдующій день животъ вздулся, силы упали, развился бредъ. 9/XI была сдѣлана лапаротомія по средней линіи живота, причемъ тотчасъ появилась вздутая, какъ желудокъ, flex. sigmoid., которая была заворочена вокругъ своей оси на 180°. Она была опорожнена, зашита и расправлена, и больная выздоровѣла.

37. Въ медико-хирургическомъ обществѣ въ Глазго Coats сообщилъ слѣдующее наблюденіе. Старикъ, психически больной, имѣлъ уже раньше 2 раза припадки упорнаго запора. Въ третій разъ при запорѣ, продолжавшемся 8 дней съ сильнымъ вздутіемъ живота, онъ умеръ, и при вскрытіи оказалось, что flex. sigmoid. была сильно растянута и заворочена вокругъ своей оси на 180°; достаточно было сдѣлать незначительный поворотъ въ обратную сторону, чтобы восстановить проходимость кишки.

38. Въ своей диссертациі Liébaut приводитъ слѣдующій случай, бывший у Barié. 72-лѣтній мужчина, стра-

давший хроническим запоромъ и гемороемъ, поступилъ въ медицинскую клинику Necker'a 20/IV 1882 г. 5-дневный запоръ и боли въ животъ, сначала общія, а два послѣднихъ дня локализованныя въ лѣвомъ боку и замѣтно усилившіяся. Животъ сильно вздутъ, а днемъ раньше поступления у него была два раза рвота съ легкой желчной окраской. Во время 3-хъ дневнаго пребыванія въ клиникѣ у больного была нѣсколько разъ рвота; запоръ и боль продолжались, и на 3-й день онъ умеръ. При вскрытіи оказалось, что flex. sigmoid. достигала немного выше пупка и сдѣлала поворотъ вокругъ своей оси на 180° по типу rectum en avant. Col. transv. образуетъ выпуклую книзу петлю.

39. Въ 1882 г. Обалинскій<sup>149)</sup> сдѣлалъ лапаротомію у 27-лѣтнаго мужчины вслѣдствіе непроходимости кишекъ и нашелъ заворотъ flex. sigmoid., который онъ расправилъ, но положеніе flex. не описано. Смерть наступила черезъ 48 часовъ. Вскрытія не было.

40. Въ своей диссертациі Theuerkauf приводитъ случай съ тройнымъ заворотомъ flex. sigmoid. (II), гдѣ болѣзнь продолжалась 9 дней. Во время болѣзни были нѣсколько разъ испраженія слизью и кровью, рвота и боли. Расположеніе flexur. sigmoid. и родъ заворота не описаны.

41. Въ обществѣ нѣмецкихъ врачей въ С. Петербургѣ д-ръ Лингенъ сообщилъ 11/X 1882 г. слѣдующее наблюденіе. 1-го Августа 1882 г. въ больницу Маріи-Магдалины поступилъ 66-и лѣтній старикъ, страдавшій гемороемъ съ обыкновенными явленіями непроходимости кишекъ въ нисходящей ободочной кишкѣ, которыя увеличились, не смотря на леченіе клизмами, льдомъ и хининомъ. Умеръ онъ на 4-ый день. При вскрытіи оказалось, что flex. sigmoid. заворочена на 180°, по типу rectum en arrière; она лежала вертикально въ лѣвой половинѣ живота, направляясь отъ малаго таза къ лѣвому подреберью.

42. Въ 1883 г. Gomot опубликовалъ слѣдующій случай изъ Hôpital de la Pitié, бывшій у д-ра Polailon. 60-и лѣтній мужчина вдругъ заболѣлъ симптомами непроходимости кишекъ: запоромъ, сильными безрезультатными позывами на низъ, тошнотой, рвотой, и вздутіемъ живота. При лапаротоміи, сдѣланной на 5-ый день болѣзни, не уда-

лось возстановить проходимость кишки, а потому ограничились наложением *anus praeternaturalis* на тонкой кишке. После некоторого улучшения, припадки опять возобновились, и больной умер на 10-ый день после операции. При вскрытии оказалось следующее ненормальное положение кишек. Тонкие кишки занимают левую половину живота, толстые — правую. *S. hominis* тянется от правой подвздошной ямки впереди и немного выше от слепой кишки вертикально вверх до нижней поверхности печени, к которой он слабо прирос. Но прежде прироста *flex. sign.* сделала поворот слева на право и спереди назад. Направление этой петли следующее. Начинаясь дугой, согнутой кверху, слева направо, кишка потом поднимается вверх к печени; здесь она загибается вниз и направляется по правую сторону предыдущего колена. Образовав внизу расширение, подобное слепой кишке, она направляется позади колена, которое является продолжением *col. desc.*, потом, переходя через него вверх, ложится впереди него и переходит в прямую кишку. Сращения, таким образом, явились после заворота, вследствие близкого соприкосновения петли с печенью.

43. Максимовичъ и Старынкевичъ сообщили следующій случай. Мужчина 56 лѣтъ заболѣлъ запоромъ, вздуіемъ живота и болями. На 5-ый день онъ поступилъ въ больницу, гдѣ послѣ 6-и дневнаго леченія слабительными, промываніями, вспрыскиваніемъ морфія, ваннами и ртутью была сдѣлана энтеротомія по Nélaton'у. Черезъ 7 часовъ послѣ операции больной умеръ. При вскрытіи оказался перитонитъ и прободеніе поперечной ободочной кишки. *Flex. sign.* длиною въ 24 дюйма сдѣлала полуоборотъ направо. Энтеротомія была сдѣлана на серединѣ *ilei*.

44. Обалинскій<sup>147</sup> опубликовалъ слѣдующій случай заворота *flex. sign.* Больной 20 л., который прежде уже имѣлъ нѣсколько разъ припадки непроходимости кишекъ, получилъ запоръ, сильныя боли въ животѣ, отрыжку и рвоту. При лапаротоміи найденъ былъ двойной заворотъ *flex. sign.* вокругъ ея *mesocol.* Черезъ 4 мѣсяца тотъ-же больной явился еще разъ съ такимъ же припадкомъ и при лапаротоміи найдена та-же причина. Черезъ 2 дня послѣ опера-

ции больной умеръ отъ перфорации кишечника вследствие тифозной язвы. Flex. sign. оказалась 60-см. длины.

45. Santvoord опубликовалъ слѣдующій случай. Слабоумный 45-лѣтній мужчина заболѣлъ запоромъ съ частыми позывами на низъ. Животъ сдѣлался чувствительнымъ, болѣзненнымъ и вздутымъ. Проносныя и клизмы дѣйствія не оказали. На 9-ый день діагностицировали volvulus S. romani и послѣ пункции, при которой было выпущено много газа, сдѣлана была лапаротомія. Flex. sign. поднималась выше пупка и была заворочена вокругъ своей оси на 180° по типу rectum en avant. На 6-ой день послѣ операции больной умеръ вследствие воспаления легкихъ.

46. (3) Rydiger сообщилъ слѣдующій случай. Дѣвушка 17 л., которая уже 3 года страдала хроническими запорами и болью въ лѣвомъ боку, заболѣла послѣ поднятія большой тяжести запоромъ и сильными болями въ лѣвомъ боку. Животъ вздулся и, не смотря на клизмы и слабительныя, на 5-ый день появилась рвота. При предпринятой тогда лапаротоміи нашли заворотъ flex. sign. по типу rect. en arrière. Заворотъ былъ расправленъ, и проходимость кишечника восстановилась. Смерть наступила на 3-ій день, по мнѣнію R. отъ meningitis tubercul.

47. (6) Изъ Одесской Евр. Больницы Шапошниковъ сообщилъ слѣдующій случай. Мужч. 40 л. былъ доставленъ въ больницу послѣ 8-и дневнаго запора съ сильнымъ метеоризмомъ, тошнотой и икотой, facies hippocr., больной въ крайне плохомъ состояніи. Послѣ 2-хъ проколовъ живота — облегченіе. Въ слѣдующіе дни послѣ промываній были испражнения, но метеоризмъ, тошнота и икота не проходили и на 6-ой день онъ умеръ. При вскрытіи кромѣ гнойнаго перитонита, найденъ заворотъ flex. sign. по типу rectum en avant. Верхушка flex. sign. находилась высоко вправо. Достаточно было разъ повернуть кишечную петлю внизъ, чтобы расправить заворотъ.

48. Въ здѣшней хирург. клин. <sup>236)</sup> наблюдался въ 1887 слѣдующій случай.

Мужчина 68 л. съ двухсторонней старой вправляемой паховой грыжей явился въ клинику съ жалобой на запоръ. Послѣ слабительныхъ, принятыхъ дома, появилась сильная

боль въ паховыхъ областяхъ. Животъ сильно вздутъ, болѣзненъ, чувствителенъ. Flex. sign. видѣется черезъ брюшные покровы въ видѣ припухлости. 1/V 1887 года была сдѣлана лапаротомія, при чемъ найденъ заворотъ flex. sign. по типу rect. en avant. 5-го больной умеръ. При вскрытіи найденъ перитонитъ, плевритъ, воспаленіе легкихъ. Mesos. flex. sign. очень длинный и узкій.

49. Въ томъ же году наблюдался еще слѣдующій случай<sup>237</sup>.

Мужчина 37 л., который въ послѣднее время страдалъ припадками запора и болью подъ ложечкой, заболѣлъ 7/V 1887 подобнымъ припадкомъ, причемъ боль была сильнѣе обыкновеннаго. Боли однако скоро прошли, но животъ вздулся и все средства, употребленныя противъ запора, остались безъ успѣха. 20/V онъ поступилъ въ клинику. Животъ сильно вздутъ, на лѣвой сторонѣ больше, чѣмъ на правой. Въ тотъ же день была сдѣлана лапаротомія. Въ полости живота найдена желтоватая, зловонная жидкость. Въво отъ раны видна петля тонкихъ кишокъ, выпаво — петля толстыхъ. Последняя оказалась завороченной flex. sign., но такъ какъ въ ней уже наступила гангрена съ прободеніемъ, то операція не была окончена, полость живота промыта растворомъ тимола и зашита. На слѣдующій день больной умеръ. При вскрытіи найдено кромѣ перитонита, что flex. sign. завернулася на 360°, причемъ flex. sign. достигала до печени. Заворотъ произошелъ по типу rectum en arrière.

50. Ноппертъ сообщилъ слѣдующее наблюденіе.

Мужчина 56 л. почувствовалъ разъ ночью внезапную боль въ правой сторонѣ живота. Къ утру боли немножко утихли, но появилось чувство тяжести въ животѣ и позывы на низъ. Послѣ слабительныхъ появились сильныя боли въ животѣ, послѣдній вздулся и сталъ чувствительнымъ. На 5-ый день больной поступилъ въ Гиссенскую клинику, гдѣ и умеръ черезъ 2 дня. При вскрытіи найдено что flex. sign. сильно вздута и увеличена, ея верхушка находится въ правомъ подреберьѣ: заворотъ на 180°.

51. Въ своемъ отчетѣ о 110 лапаротоміяхъ при непроходимости кишокъ Обалинскій<sup>143</sup> сообщаетъ о случаѣ



заворота flex. sigmoid. (5) у 46-лѣтнаго мужчины, которому на 8-ой день была сдѣлана лапаротомія, но не описано ни положенія flex. sigmoid., ни формы заворота.

52. Д-ръ Цеге фонъ Мантейффель опубликовалъ слѣдующіе 2 случая заворота flex. sigmoid.

(1.) Мужчина 61 г., который уже разъ имѣлъ припадокъ непроходимости кишекъ, заболѣлъ ночью (30/X 91), послѣ употребленія пива, сильной болью въ животѣ и рвотой. Послѣ принятія касторки больной испражнился незначительнымъ количествомъ кала, но боли еще болѣе усилились. На 3-ій день онъ поступилъ въ клинику. Животъ сильно вздутъ, особенно въ области epigastrii и на правой половинѣ. Подъ наркозомъ удается прощупать вздутую кишечную петлю, которая направляется съ лѣвой стороны таза къ epigastrium и, окруживъ пупокъ, теряется опять въ тазу. Эта петля не мѣняетъ своего положенія, въ ней не замѣтно никакого движенія. При лапаротоміи, предпринятой на 6-ой день болѣзни, найденъ заворотъ flex. sigmoid. на 360° по типу rectum en antrière, начало flex. обошло ее конецъ слѣва и спереди вправо и назадъ и опять легло впереди, верхушка этой петли находилась въ области epigastrii. Послѣ операціи проходимость кишекъ существовала 3 дня, но на четвертый опять явился метеоризмъ и большого рвало нѣсколько разъ. Зондъ черезъ прямую кишку удалось ввести въ flex. sigmoid. Сдѣлана была элтеротомія въ лѣвой передней поясничной области. На 3-ій день опять — испражненія per rectum, но состояніе больного ухудшилось, и онъ умеръ. При вскрытіи найдены перитонитъ, септический отекъ легкихъ, загибъ при переходѣ col. desc. и flex. sigmoid. и на ее верхушкѣ, которые выравниваются при соответственномъ передвиженіи кишки и наполненіи жидкостью.

53. (3) Мужчина 57 л. ощутилъ внезапно во время паханія боль, затѣмъ появился запоръ, который не уступалъ клизмамъ. Сдѣланныя промыванія желудка и проколы принесли только временное облегченіе, и больной былъ отправленъ на слѣдующій день въ клинику, гдѣ ему была сдѣлана лапаротомія черезъ 27 часовъ послѣ заболѣванія. Flex. sigmoidea доходила до вышины mamillae, находясь позади musc. recti, и была заворочена приблизительно въ 330° по

типу *rectum en arriere*. Черезъ оба конца *flex. sigm.* проходитъ край брыжейки пакета тонкихъ кишекъ, опустившихся въ малый тазъ на лѣвой сторонѣ его. Вся *flex. sigm.* омертвѣла до того мѣста, гдѣ она перетянута упомянутой брыжейкой. Послѣ освобожденія *flex. sigm.* отъ давленія брыжейки она была резецирована. *Mesosigmoidum* — 35,5 см. вышины, 7,5 — ширины, а у ножекъ 5,0. Нижний отрѣзокъ кишки былъ слѣпо закрытъ, а верхній вышитъ въ отверстіе, сдѣланное въ поясничной области. Послѣ операціи теченіе болѣзни было почти безъ осложнений 12 дней, но на 13-й день появилось немого крови вмѣстѣ съ каломъ. Кровотеченія повторялись съ различными перерывами нѣсколько разъ, и на 31-й день послѣ операціи больной умеръ. Замѣчательно, что кровотеченія были какъ изъ искусственнаго, такъ и изъ естественнаго *anus'a*. При вскрытіи найдена прободающая язва желудка; концы *rectum'a* и *col. desc.* связаны были рубцовой тканью, черезъ которую проходилъ каналъ, соединявшій просвѣтъ кишекъ.

54. Въ 1889 г. *Ussing* опубликовалъ случай заворота *flex. sigm.* у женщины 30 л., которая была оперирована на 6-ой день болѣзни и гдѣ послѣ расправленія заворота, послѣдовало излеченіе, но въ рефератѣ не указано ни положенія *flex. sigm.*, ни величина ея.

55. Въ томъ же году *Sepp* описалъ слѣдующій случай. Мужчина 36 л., страдавшій припадками запора, заболѣлъ припадкомъ сильной боли въ животѣ и запоромъ; животъ сильно вздулся. При лапаротоміи, предпринятой на 7-ой день, найденъ заворотъ сильно вздутой *flex. sigm.*, брыжейка которой была длиною въ 8 см. Заворотъ былъ расправленъ и брыжейка укорочена посредствомъ шп. Черезъ 3 недѣли больной былъ выписанъ здоровымъ.

56. *Обалинскій*<sup>139</sup> описалъ слѣдующіе 5 случаевъ.

(7) Мужчина 60 л. заболѣлъ непроходимостью кишекъ. Контуры отдѣльныхъ кишекъ ясно обрисовывались черезъ брюшные покровы. При предпринятой на 10-ый день лапаротоміи, завороченная *flex. sigm.* была расправлена. Больной умеръ черезъ нѣсколько часовъ отъ перитонита.

57. (8.) Мужчина 37 л. заболѣлъ непроходимостью кишекъ. *Meteorismus localis* ясно выраженъ, боли припад-

ками, отсутствіе рвоты и перистальтики кишекъ. Лапаротомія на 4-ый день. Flex. sign. сильно растянута и заворочена. Заворотъ былъ расправленъ и сейчасъ послѣдовало испражненіе. Больной выписанъ здоровымъ черезъ 14 дней.

58. (9.) 38-лѣтній мужчина. Meteorismus local. на лѣвой сторонѣ, отсутствіе рвоты и перистальтики, сильныя боли. Лапаротомія на 3-ій день. Послѣ расправленія заворота flex. sign. послѣдовало испражненіе. Больной умеръ черезъ 3 дня отъ перитонита.

59. (10.) Мужчина 72 л. — Равномѣрное вздутіе живота, боль, рвота и икота. При лапаротоміи расправленъ заворотъ flex. sign. 2 дня послѣ операціи больной себя чувствовалъ лучше, на 3-ій наступила смерть отъ перитонита.

60. (11, 12.) Женщина 53 л. Meteorismus localis ясно выраженъ, усиленное движеніе кишекъ; спустя нѣкоторое время послѣ начала боли наступила рвота. При лапаротоміи предпринятой на 7-ой день, былъ расправленъ заворотъ flex. sign., и черезъ нѣсколько часовъ наступило испражненіе. Черезъ 18 дней больная была выписана здоровой, но черезъ 2 недѣли у нея опять появилось вздутіе живота, мѣстно выраженное, каловая рвота и боль въ правомъ паху. При лапаротоміи, предпринятой черезъ 18 часовъ, опять былъ расправленъ вторичный заворотъ, и испражненіе послѣдовало во время операціи. Послѣ операціи была повышенная температура и больная умерла на 10-ый день.

61. Solman сообщилъ слѣдующій случай.

Мужчина 49 л. заболѣлъ ileus'омъ. При предпринятой на 5-ый день лапаротоміи изъ полости брюшины выдѣлились около 2-хъ литровъ зловонной жидкости. Flex. sign. была заворочена и отчасти подвержена гангренѣ, поэтому она была резецирована на разстояніи 72 см и наложенъ anus praetern. Больной выздоровѣлъ.

62. Браунъ описываетъ слѣдующіе 3 случая заворота flex. sign.

(I). Женщина 35 л., страдавшая уже 3 года хроническими запорами, заболѣла внезапно сильными болями въ животѣ и крестцѣ, къ которымъ скорѣ присоединилась темно-зеленая рвота. На слѣдующій день она была приведена въ Кенигсбергскую клинику. Сильно вздутый животъ все увеличивался, высокія клизмы не подѣйствовали; поэтому на слѣ-

дующій день была сдѣлана лапаротомія. При этомъ найденъ былъ заворотъ сильно растянутой flex. sign. на 360°; послѣ расправленія заворота эта петля была резецирована и концы кишекъ вшиты въ брюшную рану. Длина удаленной кишки 86- см. Больная выздоровѣла.

63. (II.) Мужчина 55 л. страдалъ послѣдніе 8 лѣтъ хроническимъ запоромъ. 5 лѣтъ тому назадъ у него былъ припадокъ съ сильнымъ запоромъ и болями, который продолжался 8 дней, съ тѣхъ поръ у него повторялись подобные припадки каждый годъ. При послѣднемъ припадкѣ выдѣлились на 2-ой день при сильныхъ позывахъ пѣнистыя массы, но безъ кала. На десятый день онъ былъ отправленъ въ хирургическую клинику. Животъ сильно, но неправильно вздутъ, ясно можно было прощупать 2 кишки, изъ которыхъ одна направлялась — направо — отъ symphysis do processus ensiformis, а другая — налѣво — отъ области epigast. до пупка. Въ тотъ же день была сдѣлана лапаротомія, при которой оказалось, что упомянутыя прощупываемыя кишки были колѣна flex. sign., которыя были соединены узкимъ mesocolon. При расправленіи заворота послѣдовало такое обильное выдѣленіе газовъ и жидкаго кала черезъ вложенную въ rectum трубку, что flex. sign. спалась. Для предупрежденія заворота начало flexurae было пришито къ задней брюшной стѣнкѣ. Больной выздоровѣлъ.

64. (III.) Женщина 43 л. заболѣла сильными болями въ животѣ, послѣдній сильно вздулся, появилась рвота, которая потомъ уступила свое мѣсто икотѣ, абсолютный запоръ. На 4-ый день болѣзни она была принята въ хирургическую клинику. Такъ какъ причина непроходимости кишекъ не была узанава вслѣдствіе сильнаго вздутія живота, то ограничили сначала наложеніемъ anus praeternaturalis на coecum. На слѣдующій день вслѣдствіе того, что за обильнымъ выдѣленіемъ газовъ и кала черезъ anus. praeternatur. животъ уменьшился въ объемѣ, на правой сторонѣ удалось прощупать сильно вздутую кишечную петлю. На основаніи этого и въ виду найденнаго при операціи кровянистаго эксудата Браунъ заключилъ, что произошла странгуляція кишечной петли, и предпринялъ вторичную лапаротомію. При этомъ найденъ былъ заворотъ flex. sign. При рас-

правленіи его изъ anus'a выдѣлялась масса газовъ и кала, и петля спалась. На мѣстѣ заворота найдена была гангрена съ прободеніемъ, но больная была слишкомъ слаба, чтобы произвести резекцію кишки, а потому мѣсто прободенія была зашита и покрыто посредствомъ appendix epiploicus. Черезъ 5 часовъ послѣ операціи больная умерла. При вскрытіи, кромѣ признаковъ перитонита, найдено, что flex. sigmoid. имѣетъ длинный, но узкій mesocolon 13 см. и 4 см.; кромѣ того col. desc. имѣетъ mesocolon настолько широкій, что кишку можно поднять на 10 см.

65. Обалинскій<sup>49</sup> приводитъ еще слѣдующіе 4 случая заворота flexurae sigmoideae, когда онъ примѣнилъ лапаротомію.

(13, 14.) Женщина 40 л. заболѣла припадками сильной боли, meteorismus localis. При предпринятой на 5-ый день лапаротоміи расправленъ найденный заворотъ flex. sigmoid., и больная выздоровѣла черезъ 8 дней. Но спустя нѣкоторое время тѣ же явленія повторились, и при предпринятой вторичной лапаротоміи сдѣлана была резекція flex. sigmoid.; больная выздоровѣла черезъ 3 недѣли.

66. (15.) Женщина 45 л. заболѣла припадками боли, рвотой; meteorismus localis выраженъ въ видѣ 2-хъ возвышеній надъ и подъ пупкомъ.

При предпринятой на 12-ый день лапаротоміи обнаружена заворотъ flex. sigmoid. Для предупрежденія рецидива flex. sigmoid. была резецирована. Величина ея 45 см. Черезъ 24 часа послѣ операція больная умерла.

67. (16.) Мужчина (возрастъ?) Meteorismus localis, усиленная перистальтика. Лапаротомія на 5-ый день болѣзни, при которой расправленъ заворотъ flex. sigmoid. Больной выздоровѣлъ черезъ 14 дней.

68. (17.) Мужчина 60 л. Meteorismus localis въ видѣ возвышенія подъ реберной дугой. Отсутствие перистальтики и рвоты. При лапаротоміи, предпринятой на 5-ый день болѣзни, найденъ заворотъ flex. sigmoid., который былъ расправленъ и flex. sigmoid. резецирована. Величиной она была въ 56 см. Больной умеръ черезъ 4 недѣли отъ воспаления легкихъ. При вскрытіи резецированное мѣсто найдено вполне зарубцевавшимся.

69. Изъ клиники проф. Н. В. Склифосовскаго Лециусъ сообщилъ слѣдующій случай.

25-и лѣтній мужчина былъ переведенъ изъ терапевтической клиники въ хирургическую вслѣдствіе 17-идневнаго запора. Животъ сильно вздутъ на правой сторонѣ и вверху больше, чѣмъ на лѣвой и внизу. Боли припадками, запоръ и безрезультатные пошывы на низъ. По словамъ больного, онъ уже 7 лѣтъ страдаетъ запорами. Последнее время у него нѣсколько разъ были припадки запора съ болью въ животѣ и рвотой, но они проходили послѣ слабительныхъ и клизмъ. При предпринятой въ хирургической клиникѣ проф. Склифосовскимъ лапаротоміи найденъ былъ заворотъ flex. sign. на 180°, верхушка ея достигала до діафрагмы. Заворотъ былъ расправленъ, кишка надрѣзана, чтобы освободить ее отъ содержимаго, и послѣ закрытія ея операція закончена. Черезъ 28 дней больной былъ выписанъ здоровымъ. Объ этомъ же больномъ проф. Склифосовскій въ примѣчаніи къ статьѣ Лециуса сообщилъ, что черезъ 4 мѣсяца послѣ того, какъ больной оставилъ клинику, онъ опять явился съ признаками внутренняго ущемленія. При вторичной лапаротоміи найдено было, что flex. sign. ущемлена образовавшейся послѣ первой лапаротоміи сѣтью тяжей и перемычекъ, и нѣкоторыя части кишки подверглись гангренѣ. Въ виду того, что пришлось бы резецировать слишкомъ большой кусокъ, чтобы удалить flex. sign., при чемъ произошло бы слишкомъ большое натяженіе отрѣзковъ, въ виду значительнаго упадка силъ больного, ограничились положеніемъ anus praeternaturalis на гангренозной петлѣ. Больной выздоравливалъ и опорожняется разъ въ сутки черезъ anus praeternaturalis.

70. Израель сообщилъ о слѣдующихъ двухъ случаяхъ заворота flex. sign. Мужчина 79 л., который обыкновенно испражнялся каждый 3-ій день, заболѣлъ запоромъ, который уже продолжался 8 дней. При этомъ онъ чувствовалъ боль въ животѣ, рвота была всего одинъ разъ. При ощупываніи живота, въ лѣвой сторонѣ его прощупывалась цилиндрическая опухоль, которая тянулась отъ spina oss. ilei вверхъ и за пупкомъ переходила безъ рѣзкихъ границъ въ общую вздутость epigastrii. При лапаротоміи найденъ заворотъ flex. sign. на 180° по типу rectum en arrière.

Верхушка сильно вздутой петли находилась въ лѣвомъ подреберьѣ. Послѣ повторнаго прокола заворотъ былъ расправленъ, и часть кишки впитана въ рану брюшины для предупрежденія вторичнаго заворота, а также для того, чтобы возможно было легко вскрыть кишку, если бы движеніе кала остановилось вслѣдствіе паралича кишки. Эта предосторожность оказалась цѣлесообразной, такъ какъ на 3-ій день появилась рвота, запоръ и икота; тогда впитанная кишка была вскрыта. Послѣ этого теченіе болѣзни было нормально, и *anus praeternaturalis* мало по малу закрылся. Остался только капиллярный свищъ.

71. Мужчина 32 л., который въ послѣдніе 2 года имѣлъ уже 2 раза припадки непроходимости кишекъ, заболѣлъ послѣ высокой клизмы, которую онъ себѣ поставилъ вслѣдствіе 5-дневнаго запора, сильными болями въ животѣ, къ которымъ скорѣ присоединилась рвота. На третій день больной умеръ. При вскрытіи изъ полости живота вытекло большое количество красноватой жидкости. *Flex. sigmoid.* найдена завороченной по типу *rectum en avant*, она направлялась прямо вверхъ, прилегая къ брюшнымъ покровамъ, и достигала своей верхушкой до лѣваго подреберья.

72. Обалинскій<sup>149</sup> приводитъ еще слѣдующіе 2 случая заворота *flex. sigmoid.*

(18.) Мужчина 33 л. *Meteorismus localis*, сильныя боли, контуры кишекъ обрисовываются, отсутствіе перистальтики и рвоты. На 4-ый день болѣзни при лапаротоміи найденъ заворотъ *flex. sigmoid.* который былъ расправленъ, и больной выздоровѣлъ черезъ 3 недѣли.

73. (19.) Женщина 59 л. Припадки боли въ крестцѣ, *meteorismus localis* въ видѣ большихъ возвышеній, отсутствіе перистальтики и рвоты. При лапаротоміи, предпринятой на 3-ій день, найденъ былъ заворотъ сильно вздутой *flex. sigmoid.*, который былъ расправленъ и больная выздоровѣла.

74. M'Ardle сообщаетъ о случаѣ заворота у 22-лѣтней женщины, которая заболѣла сильнымъ запоромъ, коликами, вздутіемъ живота. На 3-ій день при лапаротоміи найденъ заворотъ *S. roman.* Петля черезъ сдѣланный въ ней разрѣзъ была опорожнена и расправлена. Больная выздоровѣла.

## Кишечные узлы или обвивание одной кишки около другой (Nodi).

Сплетения двух кишечных петель между собою представляют самую сложную форму измѣненія положенія кишекъ относительно другъ друга. Такъ какъ въ данной работѣ я разсматриваю только тѣ формы непроходимости кишекъ вслѣдствіе измѣненія ихъ положенія, въ которыхъ это измѣненіе касается толстыхъ кишекъ, то я разсмотрю здѣсь только тѣ формы кишечныхъ узловъ, гдѣ толстая кишка вошла въ образованіе ихъ. Какъ уже упомянуто, кишечнымъ узломъ называется такое измѣненное положеніе кишекъ, въ которомъ одна кишка обвиваетъ другую: первая описываетъ кругъ около другой, которая остается неподвижной. По аналогіи съ вѣдреніемъ кишекъ, мнѣ кажется, и въ узлахъ слѣдуетъ различать отдѣльныя части. Соответственно *intersuscepiens* и *intersusceptum* при вѣдреніи, можно при узлахъ различать *circumvolvans* и *circumvolutum*. Та же точка, или тѣ точки, гдѣ при узлахъ происходитъ ущемленіе двухъ петель, составляющихъ узелъ, будутъ соответствовать верхушкѣ и шейкѣ вѣдренія. Какъ при заворотахъ кишекъ (*torsiones*) вращенія могутъ быть различной степени, смотря по дугѣ, которую описываетъ завороченная кишка, — такъ и при узлахъ, которые скорее слѣдовало бы назвать обвиваніями — *circumvolutiones*, обвиваніе можетъ быть различной степени, смотря по дугѣ, которую описываетъ обвивающая кишка. Исходной точкой узловъ будутъ тѣ случаи непроходимости или суженія



кишекъ, которые обуславливаются тѣмъ, что кишечная петля, или брыжейка перекрещиваетъ другую кишку и только своей тяжестью давитъ на нее. Здѣсь, такимъ образомъ, не происходитъ вращенія одной кишки около другой: эти случаи представляютъ первую ступень обвиванія или узловъ. Въ отличіе отъ узловъ, *nodiorum* или лучше *circumvolutionum intestinorum*, эти случаи могутъ быть названы *superpositiones intestinorum*. Въ этихъ случаяхъ кліническія явленія зависятъ отъ величины давленія, которое одна кишка производитъ на другую, находящуюся подъ первою. При этомъ въ сдавливаемой кишкѣ можетъ происходить или только незначительный конро- или газостазъ, который не производитъ при жизни особенно замѣтныхъ явленій, или же явленія могутъ усилиться до явленій суженія или, наконецъ, непроходимости кишекъ. Не входя въ болѣе подробный разборъ, я приведу описанные случаи этого рода.

Рокитанскій въ своей знаменитой классификаціи разныхъ родовъ непроходимости кишекъ приводитъ слѣдующіе 3 примѣра, гдѣ одна кишка исключительно своей тяжестью производила давленіе на другую, подъ ней лежащую.

1. (1) Мужчина 48 л. умеръ вслѣдствіе кровоизліянія между мозговыми оболочками. При вскрытіи нашли, что животъ сильно вздутъ и твердъ. Толстыя кишки растянуты, тонкія кишки свѣшиваются въ тазъ и своей брыжейкой давятъ на верхнюю кривизну *flex. sign.* Клубокъ тонкихъ кишекъ своей тяжестью напрягаетъ брыжейку, которая давитъ на упомянутую часть *flex. sign.*

2. (3.) При вскрытіи 76 лѣтн. мужчины, который страдалъ по временамъ вздутіемъ живота и давленіемъ въ области желудка и умеръ отъ такого припадка, соединеннаго съ запоромъ, позывами на низъ и страданіемъ грудныхъ органовъ, нашли слѣдующее положеніе органовъ живота. *S. homanum* достигалъ до праваго подреберья и отгѣснилъ желудокъ вправо; *col. trans.* также нѣсколько отгѣсненъ вправо. Тонкія кишки тянутся внизъ и придавили своею тяжестью къ позвоночнику *S. hom.*

3. (4.) Мужчина 87 лѣтъ съ большой паховой грыжей привезенъ былъ въ больницу 18/XI 1828 съ явленіями воспаленія кишекъ вслѣдствіе ущемленія и умеръ вскорѣ послѣ этого. Вздутыя кишки наполняли въ особенности правую часть полости живота и оттѣснили печень влѣво и внизъ, а желудокъ придавили и оттѣснили вверхъ. Пижняя часть ilei наполняла правую паховую грыжу, остальная же часть съ очень длинною брыжейкой направлялась въ правое подреберье и своей брыжейкой, тяжестью 4—5 фунт., давила на правую кривизну толстыхъ кишекъ, такъ что даже газы не могли пройти черезъ сдавленное мѣсто.

4. Профессоръ Клобъ сообщилъ въ обществѣ вѣнскихъ врачей слѣдующіе два случая. 60-лѣтній мужчина страдалъ хроническими запорами. При послѣднемъ припадкѣ запора животъ сильно вздулся, наступила отрыжка, рвота, которая, наконецъ, перешла въ каловую, и больной умеръ. При вскрытіи нашли, что тонкія кишки такъ свѣшивались надъ нисходящей ободочной кишкой, что придавливали послѣднюю при переходѣ ея въ S. rect.

5. 79-лѣтній мужчина, который, по его словамъ, вслѣдствіе простуды заболѣлъ сильнымъ запоромъ, къ которому вскорѣ присоединилась сильная отрыжка и икота, умеръ вслѣдствіе этого припадка. Раньше онъ страдалъ хроническимъ запоромъ. При вскрытіи нашли тоже самое, что и въ предыдущемъ случаѣ; кромѣ того, у него еще была hern. ing. dextr. peron.

6. Въ 1886 г. проф. Валь<sup>28)</sup> сообщилъ слѣдующій случай изъ здѣшней хирургической клиники.

Мужчина 40 л. заболѣлъ 22/VIII 1885 г. запоромъ; раньше у него были хроническіе запоры. 27-го онъ послѣ слабительныхъ получилъ сильныя боли въ животѣ, вздутіе послѣдняго, а по временамъ рвоту. 29-го онъ поступилъ во внутреннюю клинику. При введеніи зонда въ прямую кишку наткнулись на разстояніи 50 см. на препятствіе, и введенная вода вышла безъ кала. 30-го зондомъ удалось пройти черезъ упомянутое препятствіе и вывести много зловонныхъ газовъ, но безъ кала. Въ тотъ же день онъ былъ переведенъ въ хирургическую клинику, гдѣ при сдѣланной лапаротоміи нашли заворотъ flex. sigmoid. на 360°. Черезъ

22 ч. послѣ операціи паціентъ умеръ и при вскрытіи нашли легкій перитонитъ, flex. sign. занимала середину брюшной полости, впереди ея брыжейки проходила брыжейка тонкихъ кишекъ, опускавшихся въ малый тазъ. Если поднимали тонкія кишки, то flex. наполнялась газомъ.

7. Въ здѣшней хирургической клиникѣ<sup>234</sup>) наблюдался еще слѣдующій случай. Мальчикъ 15 л., страдавшій прежде частыми припадками боли въ животѣ, заболѣлъ запоромъ, къ которому скоро присоединилась рвота и сильныя боли въ животѣ. На 10-ый день болѣзни онъ поступилъ въ здѣшнюю хирургическую клинику, гдѣ на 6-ой день послѣ поступленія ему была сдѣлана лапаротомія. При этомъ убѣдились, что причина непроходимости лежала въ томъ, что впереди концовъ flex. sign. проходила петля тонкихъ кишекъ, опускавшаяся въ малый тазъ и, будучи тугопотянутой, ущемляла flex., колына которой были нормально расположены. Вытянувъ тонкую кишку изъ малаго таза, закрыли брюшную полость. Послѣ операціи за клистиромъ послѣдовало испражненіе. На 5-ый день послѣ операціи опять установился запоръ и на 6-ой паціентъ умеръ. При вскрытіи нашли септический перитонитъ и заворотъ flex. sign. на 360°, по типу rectum en arriѣre. Flex. sign. занимала всю нижнюю половину полости живота. Въ данномъ случаѣ мы имѣемъ, такимъ образомъ, непроходимость вслѣдствіе того, что тонкая кишка придавила концы flex. Заворотъ вѣроятно развился послѣ операціи.

Выходя изъ этого рода непроходимости кишекъ, мы легко можемъ вывести кишечные узлы. Если примемъ во вниманіе узлы, въ которыхъ и толстыя кишки принимаютъ участіе, то они обыкновенно бываютъ между flex. sign. и нижнею частью подвздошной кишки. Представимъ себѣ, что flex., которая при узлахъ постоянно длинна, слѣдовательно, ненормально эмбриологически развита, находится въ горизонтальномъ направленіи. Если подвздошная кишка съ длинной брыжейкой перекреститъ концы этой петли, то первая произведетъ давленіе на послѣдніе и, согласно наблюденіямъ покойнаго профессора фонъ-Валя, вздутіе кишки прежде всего наступитъ въ flex. sign. Вслѣдствіе этого вздутія

эта петля будет стремиться приблизиться къ передней стѣнкѣ живота, т. е. она начнетъ вращаться вокругъ свѣшивающейся подвздошной кишки; вслѣдствіе этого ущемленіе въ ней еще больше увеличится. Въ такомъ вздутомъ состояніи flex. будетъ подвергнута дѣйствию нѣкоторыхъ силъ: напряженію своего содержимаго, давленію брюшной стѣнки, остального кишечника и другихъ органовъ живота и таза. Можно представить такое направленіе и величину названныхъ силъ, при которыхъ flex. sigmoid. будетъ принуждена продолжать начатое ею вращеніе. Но такъ какъ эти силы имѣютъ различную величину и направленіе, не одинаковыя для всѣхъ видовъ узловъ, то подробно останавливаться на разборѣ возможныхъ комбинацій я считаю излишнимъ въ виду гипотетичности самого объясненія. Можно еще указать и на другую гипотезу образованія узловъ. Возможно, что flex. sigmoid. a priori образуетъ дугу, которая обхватываетъ нижній конецъ подвздошной кишки, такъ что уже a priori образуетъ какъ бы начало узла.

Не входя въ объясненіе механизма образованія узловъ, область еще очень темную, я попробую раздѣлить на отдѣльныя группы разные виды узловъ. Въ образованіи узловъ мы должны различать петлю тонкихъ кишекъ и петлю толстыхъ кишекъ. Смотря по тому, какая изъ нихъ служитъ осью (circumvolutum), можно различать двѣ главныя группы: I. узлы, при которыхъ тонкая кишка служитъ осью, около которой обвивается толстая; II. узлы, при которыхъ толстая кишка служитъ осью, вокругъ которой обвивается тонкая. Какъ особую группу, слѣдуетъ выдѣлить тѣ узлы, при которыхъ не flex. sigmoid., а какая-нибудь другая часть толстыхъ кишекъ входитъ въ образованіе узла. Кромѣ того, почти каждый случай узловъ толстыхъ кишекъ представляетъ особенныя варіаціи. Оставляя въ сторонѣ особенности различныхъ случаевъ, я ограничусь раздѣленіемъ указанныхъ трехъ группъ лишь на главные

отдѣлы и постараюсь показать главныя черты той картины, какую представляет каждый отдѣлъ при лапаротоміи или посмертномъ вскрытіи.

I. Группа, въ которой тонкія кишки служатъ осью, около которой обвивается толстая.

A. Самую простую форму этой группы представить тотъ родъ узловъ, который служитъ какъ-бы дальнѣйшимъ развитіемъ *superpositionis intestinorum*. *Flex. sign.* до образованія узла лежитъ горизонтально слѣва направо; впереди ея, у ея концовъ косо, сверху и справа, налѣво и внизъ направляется конецъ подвздошной кишки. При образованіи узла въ этомъ случаѣ *flex. sign.* своей верхушкой вращается справа и сзади, влѣво и впередъ. Послѣ образованія узла ущемленные тонкія кишки будутъ находиться влѣво и внизу. Что касается верхушки *flex.* и числа точекъ, въ которыхъ произошла непроходимость кишекъ, то это будетъ зависѣть отъ числа оборотовъ и формъ вращенія. Смотри по величинѣ дуги, которую описала верхушка *flex. sign.*, она будетъ находиться влѣво или вправо. При дугѣ въ  $180^\circ$  она будетъ влѣво, при дугѣ въ  $2 \times 180^\circ$  — вправо, въ  $3 \times 180^\circ$  — влѣво и т. д. Далѣе, ея положеніе будетъ зависѣть отъ того, вращалась ли верхушка, при своемъ движеніи, справа налѣво, надъ или подъ концами *flex.* При этомъ слѣдуетъ еще замѣтить, что верхушка *flex.* никогда не остается въ концѣ образованія узла, подъ ея концами, такъ что ея никогда нельзя найти въ тазу. Если, такимъ образомъ, верхушка при своемъ движеніи прошла подъ колѣнами петли, то послѣ образованія узла она все-же подыметъ вверхъ, переходя такимъ образомъ накрестъ черезъ ея начало и ущемляя послѣднее. Дальнѣйшія варіаціи могутъ произойти отъ того, что узлы (*nodī, circumvolutiones*) комбинируются съ заворотами. Узелъ можетъ, такимъ обра-

---

зомъ произойти между простой, незавороченной тонкой кишкой и также простой незавороченной толстой, между двумя петлями, изъ которыхъ одна заворочена вокругъ оси своей брыжейки, или, наконецъ, между такими петлями кишекъ, изъ которыхъ обѣ заворочены. Если еще примемъ во вниманіе, что и эти завороты могутъ происходить въ различномъ направленіи, то легко представить громадное число вариаций, которыя могутъ быть въ этомъ одномъ видѣ узловъ. Положеніе колѣнъ петель другъ къ другу и положеніе ихъ въ узлѣ легко можно себѣ представить, если вообразить себѣ всѣ упомянутыя условія.

**Б.** Слѣдующій отдѣлъ образуетъ тѣ узлы, при которыхъ до ихъ развитія подвздошная кишка находилась не впереди flex., а позади ея. Для образованія узла при данномъ положеніи flex. sign. она должна вращаться справа и спереди вѣво и назадъ. Mutatis mutandis узелъ въ законченномъ видѣ представить ту же картину, какъ и предыдущій видъ. Вариации вслѣдствіе заворота петель, входящихъ въ составъ узла, могутъ происходить также въ этомъ видѣ.

**В.** Какъ особый отдѣлъ первой группы узловъ, слѣдуетъ разсматривать тѣ виды, которые встрѣчаются какъ въ группѣ А, такъ и въ группѣ Б, гдѣ обвитая подвздошная кишка находится не въ видѣ одной петли или пакета петель, а раздѣлена на двѣ части. Бываетъ, что во время обвиванія часть подвздошной кишки переходитъ черезъ колѣно flex. какъ-бы садясь на ней верхомъ, и такимъ образомъ въ узлѣ находится не два, а четыре колѣна. Отъ ущемленной подвздошной кишки, такимъ образомъ, одна или двѣ петли, будутъ находиться вѣво въ тазу, а одна надъ тазомъ.

**II.** Группа, въ которой толстая кишка служитъ осью, около которой обвивается тонкая.

Эта группа распадается также, какъ и I, на тѣ же отдѣлы. Въ ней, вслѣдствіе заворота петель, входящихъ въ

составъ узла, могутъ происходить тѣ же варіаціи, какъ и въ I группѣ.

**А.** Выходя опять изъ *superposit. intesit.*, т. е. отъ такого взаимнаго положенія кишекъ, когда *ileum* проходитъ впереди *flex.*, то въ этомъ отдѣлѣ мы должны принять, *ileum* будетъ вращаться спереди и снизу назадъ и вверхъ. Верхушка *flex.* въ этомъ видѣ будетъ постоянно находиться направо, положеніе же обвивающей подвздошной кишки и число точекъ, въ которыхъ кишки станутъ непроходимыми будутъ зависеть отъ тѣхъ же условій, какъ и въ I группѣ. Картину, которую каждый случай представлялъ послѣ обвиванія, легко можно построить, сообразивши положеніе кишекъ до обвиванія и родъ движенія, которое *ileum* совершилъ.

**Б.** Второй видъ этой группы представлять тѣ случаи узловъ, гдѣ *ileum* до обвиванія находился позади *flex.* *Ileum* будетъ тогда вращаться вокругъ *flex. sign.* сзади и снизу впередъ и вверхъ.

**В.** Точно также какъ и въ I группѣ, такъ и во II особый отдѣлъ представлять тѣ случаи, гдѣ обвивающая подвздошная кишка раздѣлится на двѣ части.

Что касается характеристическихъ чертъ картинъ, какія представлять положенія кишекъ при лапаротоміи или секціи въ каждомъ отдѣльномъ видѣ, то можно указать только нѣкоторыя общія черты.

**I.** Положеніе ущемленной подвздошной кишки постоянное, *flex.* же измѣнчивое. Ущемленная подвздошная кишка находится постоянно въ тазу и переходитъ его границы только въ томъ случаѣ, когда она настолько велика, что не можетъ умѣститься въ немъ. Въ отдѣлѣ I А. она находится постоянно влѣво, въ отдѣлѣ I Б. она можетъ находиться какъ влѣво, такъ и вправо. Наконецъ, въ родѣ I В. только часть подвздошной кишки будетъ въ тазу, другая же будетъ находиться вправо или влѣво надъ тазомъ.

II. Въ этой группѣ верхушка flex. находится постоянно вправо, но такъ она находится въ брюшной полости, гдѣ ей предоставленъ сравнительно большой просторъ въ движеніи, то она можетъ находиться на различной высотѣ.

III. Такъ какъ въ этой группѣ въ образованіе узла входятъ различныя части толстыхъ кишекъ, то она представляетъ громадное разнообразіе въ расположеніи кишекъ, вошедшихъ въ составъ узла.

Есть еще виды узловъ, которые за малочисленностью наблюдений не могутъ еще быть соединены въ группу, а должны разсматриваться, какъ особые роды. Это тѣ случаи, когда толстая кишка безъ участія тонкихъ составляетъ узелъ.

#### Отдѣльные виды узловъ.

I A. Груберъ<sup>77</sup> въ 1869 году описалъ слѣдующій случай, который представляетъ еще ту особенность, что flex. sign. состояла не изъ одной петли, а изъ двухъ, изъ которыхъ одна вошла въ составъ узла. Конюхъ 51 года послѣ продолжительной верховой ѣзды навѣлся похлебки съ грибами. Ночью онъ еще нѣкоторое время исполнялъ свою обязанность, а къ утру заболѣлъ сильными болями въ животѣ и безрезультатными позывами на низъ. Въ 6 часовъ утра его привезли въ больницу; въ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ч. появилась рвота. Послѣ клизмы опорожнилось немного кала, но животъ все вздувался, и въ 8 ч. онъ умеръ.

Вскрытіе. Flex. sign. состоитъ изъ двухъ петель большей и меньшей; меньшая ближе къ прямой кишкѣ. Послѣдняя петля образовала узелъ съ большой петлей тонкихъ кишекъ, которая удалена отъ pylorus'a на 16 дм., а отъ толстой кишки на 8. Узелъ находится на разстояніи 3<sup>1</sup>/<sub>4</sub>—4 дм. отъ слѣпой кишки и такъ крѣпко затянутъ, что произвелъ полное ущемленіе обѣихъ петель. Меньшая петля flex. sign., повернувшись около своей оси, обвила также завернувшуюся около своей оси тонкую кишку, направляясь слѣва и сзади впередъ, потомъ спереди назадъ, наконецъ сзади, и снизу вверхъ, т. е. она обвила ее въ видѣ спирали слѣва направо. Верхушка меньшей петли flex. sign. покрыта



изгибами ущемленной подвздошной вправо отъ нихъ и подъ остальной неущемленной частью тонкихъ кишокъ.

2. Heiberg изъ Христіаніи описалъ слѣдующій случай. (1) Мужчина 40 лѣтъ поступилъ 8-го августа 1869-го года въ больницу. Днемъ раньше онъ почувствовалъ, какъ будто у него въ животѣ что-то лопается; животъ надулся, сталъ чувствительнымъ, болѣзненнымъ, наступила рвота. Испражнения, по его словамъ, были два дня тому назадъ. Въ больницу предпринята была лапаротомія, но во время операціи больной умеръ. При вскрытіи, при полномъ раскрытіи полости живота, увидѣли два различныхъ пакета кишокъ: внизу-синевато-черный, а сверху-желтовато-красный. Надъ промоторіемъ находился заворотъ тонкихъ кишокъ такого рода, что jejunum находился впереди ilei, заворотъ на 180°. Около этого заворота обвилъ flex. sigmoidea справа надъ, потомъ слѣва направо и подъ своимъ началомъ поднялась вверхъ. Вышедшая здѣсь верхушка flex. sign. завернулась вокругъ своей оси на 180°. Ущемленная тонкая кишка наполняла отчасти малый, но главнымъ образомъ большой тазъ.

3. Erpinger въ упомянутомъ отчетѣ опубликовалъ слѣдующее наблюденіе при вскрытіи 72-лѣтней женщины. Нижняя часть ilei въ отдаленіи 5 дм. отъ впаденія въ толстую кишку была заворочена два раза вокругъ оси своей брыжейки, такъ что входящая кишка находилась въ мѣстѣ заворота впереди и сверху, выходящая сзади и внизу, слѣпая кишка была притянута до позвоночника, верхушка завороченной петли находилась въ лѣвой половинѣ малого таза. Flex. sign. проходила сначала позади ствола заворота и обвила его такимъ образомъ, что обвила вокругъ него спереди назадъ и остановилась верхушкой направо. Узелъ такимъ образомъ состоялъ изъ четырехъ кишечныхъ трубокъ: входящей и выходящей части завороченной подвздошной кишки и двухъ концовъ flex. sign.; узелъ былъ затянутъ такъ крѣпко, что распутывать приходилось съ большимъ усиліемъ.

I. Б. 1. Въ 1863 году Груберъ<sup>74)</sup> опубликовалъ слѣдующій случай узла между ileum и flex. sign. Результъ

24-хъ лѣтъ прибѣлъ въ Петербургъ больнымъ и былъ отправленъ въ больницу, куда онъ пошелъ пѣшкомъ. Уже нѣсколько дней у него были запоръ съ безрезультатными позывами. Вечеромъ того же дня онъ раскачивалъ по палатѣ, но черезъ 14 часовъ послѣ поступленія въ больницу онъ былъ найденъ въ сидячемъ положеніи на полу около своей кровати мертвымъ.

Вскрытіе. На лѣвой половинѣ 5-го поясничнаго позвонка и около него находится кишечный узелъ, образованный петлей тонкихъ кишокъ и flex. sign. Между нимъ и позвоночникомъ можно провести палецъ. Верхушка flex. sign. находится въ fossa il. dex. и на слѣпой кишкѣ; петли тонкихъ кишокъ, принявшія участіе въ образованіи узла находятся отчасти вправо отъ узла, отчасти въ fossa il. sin. и въ тазу. При распутываніи узла видно, что flex. sign. обернулась вокругъ поперечной кишки, какъ спираль слѣва направо, направляясь вначалѣ сверху внизъ и спереди назадъ, наконечн. сзади впереди, проходитъ черезъ отверстіе, которое ограничено концами flex. sign., концами петли тонкихъ кишокъ и позвоночникомъ. Часть тонкихъ кишокъ тоже прошла черезъ упомянутое отверстіе и легла частью влѣво, а частью вправо отъ узла. Въ петлѣ flex. sign. не произошло заворота; въ ней направо находится кишечная трубка, переходящая въ прямую кишку, а влѣво та ея часть, которая составляетъ продолженіе col. desc. Въ петлѣ же ilei произошелъ заворотъ, такъ что кишечныя трубки перекрещиваются другъ друга: нижнее колѣно проходитъ впереди верхняго вверхъ и влѣво, между тѣмъ какъ верхнее колѣно проходитъ внизъ и вправо; вслѣдствіе этого нижнее колѣно поперечной кишки становится верхнимъ, и его извилины ложатся вверху, спереди и влѣво, а верхній — нижнимъ, и его извилины ложатся сзади книзу и вправо.

2. Фейгель опубликовалъ въ 1878 году слѣдующій случай узла, который развился во время острой болѣзни у 66-и лѣтней старухи. Узелъ находился на промоторіи и образовался накетомъ петель ilei и flex. sign. Въ этомъ случаѣ flex. sign. вначалѣ находилась впереди ilei. Въ обѣихъ петляхъ былъ заворотъ въ 180°, затѣмъ петля S. romanі направилась кзади и уцепилась въ отвер-

сти, ограниченномъ завернувшимся *rad. mesenterii* и задней стѣнкой живота.

---

I. В. 1. Въ 1878 году Груберъ<sup>76)</sup> опубликовалъ слѣдующій случай узла. Мужчина 33-хъ лѣтъ вечеромъ 29/X 1867 г. выпилъ много пива. Утромъ слѣдующаго дня онъ почувствовалъ сильныя боли въ животѣ, установились запоръ и задержаніе мочи, вечеромъ того же дня боли еще усилились, началась рвота, животъ вздулся, сталъ чувствительнымъ; больной былъ отправленъ въ больницу, гдѣ вскорѣ и умеръ.

Вскрытіе. Въ *fossa* и *regio il. dex.*, впереди слѣпой и восходящей ободочной кишки, достигая наверху до поперечной, а влѣво до средней линіи, находится не покрытая тонкими кишками *flex. sigmoid.*, направо находится связанная съ нею небольшая петля тонкихъ кишекъ, а влѣво въ *fossa* и *regio il. sin.* большая петля тонкихъ кишекъ. Эти петли, какъ и *flex. sigmoid.* сильно вздуты и инъцированы, между тѣмъ какъ часть тонкихъ кишекъ, не вошедшихъ въ составъ узла, сохранила свою нормальную окраску и не особенно вздута. Узелъ очень крѣпко затянутъ, такъ что распутывать приходится съ большою силою; съ трудомъ можно провести кончикъ пальца между узломъ и находящимся сзади, впереди позвоночника, *lig. mesenterico-mesocolicum*. Часть тонкихъ кишекъ, вошедшая въ составъ узла, имѣетъ длину въ 4 фута 5 дм., которая отстоитъ отъ *pylori* на 20 дм. 10 лин., а отъ толстой кишки на 8 л. Вошедшая въ составъ узла тонкая кишка завернулась такимъ образомъ, что лѣвая задняя поверхность ея брыжейки, стала правой, правая — передней. Вслѣдствіе этого та часть, которая легла вправо отъ узла, обратилась лѣвой пластинкой своей брыжейки впереди и вправо. Другая часть тонкихъ кишекъ, вошедшая въ составъ узла, находилась сначала влѣво отъ узла. *Flex. sigmoid.* представляла петлю въ 8½ дм. длины. *Lig. mesenterico-mesocolicum* было очень развито. При образованіи узла *flex. sigmoid.* направилась впередъ, подъ лежащей надъ нею подвздошной кишкою, между правой меньшей частью ея и лѣвой большей вверхъ и вправо, потомъ около корня завороченной подвздош-

ной кишки, какъ около оси, кзади, косо вверхъ и влѣво и прошла черезъ отверстіе, ограниченное корнями ilei, flex. sigmoid. и lig. mesenterico-mesocolicum. По выходѣ изъ этого отверстія, она спирально обошла вокругъ ileum и легла въ правой половинѣ живота, кверху и позади меньшей части ilei. При прохожденіи flex. sigmoid. черезъ названное отверстіе, лѣвое кольцо flex. sigmoid., продолженіе col. desc., легло впереди праваго и образовало, такимъ образомъ, заворотъ. Этотъ случай такимъ образомъ относится къ тому виду, въ которомъ ileum находился до образованія узла позади flex. sigmoid.

Въ описаніи этого случая Груберъ замѣчаетъ, что было бы странно думать, что узлы встрѣчаются только въ Петербургѣ или вообще въ Россіи; если же о нихъ не упоминается или почти не упоминается внѣ Россіи, такъ это зависитъ отъ того, что въ другихъ мѣстахъ встрѣчавшіеся случаи этого рода не были надлежащимъ образомъ разъяснены и потому пройдены молчаніемъ. Ему кажется несомнѣннымъ, что только длинные кишечники могутъ образовывать узлы.

2. Въ 1881 г. Груберъ<sup>80)</sup> описалъ слѣдующій случай кишечнаго узла.

Въ хирургической клиникѣ медико-хирургической академіи у крестьянина 54 л., у котораго 29/V 1880 былъ удаленъ липомъ лѣвой фронтальной области, 1-го іюня не было испражнений, въ ночь съ 1-го на 2-ое появились сильныя боли въ животѣ и рвота, а утромъ въ 9 ч. онъ умеръ.

Вскрытіе. Впереди 4-го поясничнаго позвонка, въ отдаленіи 2-хъ дюймовъ 2-хъ линій отъ притянутой къ позвоночнику слѣпой кишки находится крѣпко затянутый узелъ. Flex. sigmoid. и тонкія кишки, вошедшія въ составъ узла, были сильно вздуты темнаго цвѣта, а не ущемленная часть кишокъ нормальнаго. Верхняя часть jejunum находилась въ правой сторонѣ брюшной полости вслѣдствіе ненормальнаго положенія duodenum; послѣдній расположенъ въ видѣ спирали слѣва и сзади вправо и впередъ. Jejunum-ileum, если бы не было узла, расположился бы въ видѣ 4 пакетовъ. При образованіи узла второй пакетъ jejunum вмѣстѣ съ своей брыжейкой сдѣлалъ поворотъ справа и спереди кзади и влѣво

и принялъ положеніе подъ послѣднимъ четвертымъ пакетомъ впереди конца ilei, впадающаго въ coecum. Вслѣдствіе этого поворота 2-го пакета 3-ій повернулся на своей нижней ножкѣ, которая легла вверхъ и впереди завороченной брыжейки, а ножка сама завернулась въ видѣ спирали. Весь этотъ заворотъ тонкихъ кишекъ совершился позади flex. sign. Потомъ послѣдняя обвила своей верхушкой мѣсто заворота тонкихъ кишекъ сзади и легла вправо и позади втораго ущемленнаго пакета тонкихъ кишекъ. При переходѣ справа налево, flex. sign. перетерпѣла еще заворотъ по типу rectum en arrière. Такимъ образомъ узелъ состоялъ изъ 3-хъ нижнихъ пакетовъ тонкихъ кишекъ и flex. sign.

## II A. 1. Паркеръ сообщаетъ слѣдующій случай узла.

Какой то сифилитикъ заболѣлъ 13/V 1844 г. сильными болями въ животѣ, рвотой и позывами на низъ. 14-го послѣдовало обильное испражненіе. На слѣдующій день опять появились сильные боли въ животѣ, позывы на низъ съ выдѣленіемъ незначительнаго количества кровянистой жидкости по временамъ. Нѣсколько разъ была рвота, и 17-го ночью онъ умеръ. При вскрытіи нашли, что ileum, начиная съ мѣста своего впаденія въ coecum, обернулся спереди назадъ около концовъ flex. sign.

2. Эриксенъ опубликовалъ случай, въ которомъ у старухи, умершей отъ остраго воспаленія брюшины со вздутіемъ живота, нашли слѣдующее ущемленіе S. romanі. Часть подвздошной кишки своей брыжейкой прошла впереди мѣста перехода coli desc. въ S. rom., потомъ, обойдя мѣсто перехода S. romanі въ rectum, тонкія кишки, изъ полости таза опять вышла въ полость живота. Такимъ образомъ образовалось кольцо, въ которомъ ущемилась flex. sign.

3. Кютнеръ описалъ слѣдующій случай, который ему встрѣтился въ 1859 году. (7.) Мужчина 44-хъ лѣтъ упалъ съ лѣстницы. Въ тотъ же самый моментъ онъ почувствовалъ сильную боль въ животѣ, появилась рвота и запоръ, боли все усиливались, и черезъ 36 часовъ больно умеръ.

Вскрытіе. Въ правомъ подреберіи находятся нормально-окрашенные петли кишекъ, въ лѣвомъ — темно-спие-

ватыя, вздутыя. На *synchondrosis sacro-iliaca sin.*, позади кишекъ, находится кишечный узелъ, состоящій изъ четырехъ блѣдныхъ, сжатыхъ трубокъ. Слева тянутся два спиральныхъ завороченныхъ другъ около друга колѣна толстыхъ кишекъ (корни *flex. sign.*); они перекрещиваются съ двумя другими, приходящими справа колѣнами тонкихъ кишекъ. Первые находятся позади вторыхъ, верхушка же *flex. sign.* лежитъ у слѣпой кишки. Тонкія кишки обвиваютъ завороченную вокругъ своей оси *flex. sign.* снизу кзади и являются въ лѣвомъ подреберьѣ. Расстояние *ilei*, принимающаго участіе въ образованіи узла, 5 дм. отъ толстой кишки.

4. (8.) Тѣмъ же авторомъ описанъ слѣдующій случай. Мужчина 46 лѣтъ получилъ ударъ въ спину, сейчасъ послѣ этого появилась боль въ животѣ, рвота, запоръ съ безрезультатными позывами. Его увезли въ больницу, гдѣ онъ вскорѣ и умеръ черезъ 36 часовъ послѣ начала припада.

Вскрытіе. Нормальная кишечныя петли вверху-вправо и темно-красныя влѣво и вправо внизу. На третьемъ поясничномъ позвонкѣ находится узелъ изъ четырехъ кишечныхъ трубокъ: двѣ тянутся — слѣва колѣна *flex. sign.*, двѣ — справа колѣна *ilei*. *Flex sign.* находится позади *ilei*, а верхушка ея у *coecum'a*. *Caecum* окружаетъ *flex. sign.* и является позади ея въ лѣвой половинѣ живота. Въ немъ верхнее колѣно легло впереди нижняго.

**Случаи, которые могутъ быть поставлены между отдѣлами II А и Б.**

1. Лауге описалъ въ 1858 г. слѣдующій случай. Мужчина 33 лѣтъ явился въ больницу 11./V. 1857 г. 16 часовъ тому назадъ онъ вдругъ почувствовалъ сильныя боли въ животѣ, которыя непрерывно продолжались. Животъ сильно вздутъ и на немъ видны контуры отдѣльныхъ кишекъ. Испражненія были у него наканунѣ вечеромъ, а въ продолженіе дня были только позывы. Тоннота, но безъ рвоты. На слѣдующій день утромъ зеленовато-окрашенная рвота, животъ сильнѣе вздутъ, позывы сильнѣе, и въ 12 ч. дня онъ умеръ.

Вскрытіе. Въ области *col. transv.* находится вздутая петля величиною въ желудокъ, чернаго цвѣта, около начала прямой кишки находится часть кишекъ такого же цвѣта,

продолженіе названной петли, образованной *flex. sigmoid.* Оказалось, что *S. hom.* въ видѣ длинной петли доходило до *duodenum*, проходило черезъ кольцо, образованное окружающими его тонкими кишками и брыжейкой. Авторъ замѣчаетъ, что это обвиваніе было такъ своеобразно, что трудно было въ немъ ориентироваться и ясно описать его.

2. Кюттнеръ сообщилъ еще слѣдующій случай.

(9) Мужчина 52-хъ лѣтъ былъ привезенъ въ больницу 19/V. 1866 въ состояніи коллеса. На сильно вздутomъ животѣ видны контуры 3-хъ поперечныхъ кишекъ, у него 2-хъ дневный запоръ съ позывами и желчная рвота. Смерть наступила скоро послѣ его поступления. При вскрытіи нашли узелъ, который находился на 4-мъ поясничномъ позвонкѣ. Подвздошная кишка обернула *flex.*, направляясь сначала съ срединной линіи вправо, а потомъ легла своей верхушкой петли въ лѣвое подреберье. Находился ли *ileum* до образованія узла впереди или позади *flex.*, изъ описанія не видно.

Н. Б. 1. Въ 1863 году Груберъ<sup>70)</sup> описалъ слѣдующій случай узла. (II) 49 лѣтній мужчина явился въ больницу 31./XII 1861 г. съ жалобами на сильныя боли въ животѣ и давленіе въ груди, а на слѣдующій день въ 5 часовъ утра онъ умеръ.

Вскрытіе. *Flex. sigmoid.* лежала направо въ *fossa iliaca* и въ полости живота, доходя до *flex. coli-hepatica*, впереди *seosum'a* и *col. asc.* Тонкія кишки — налѣво въ полости живота и таза, верхнія мало измѣнены, а нижнія темно-краснаго цвѣта. Узелъ надъ промонторіемъ. *Ileum* направлялся позади *flex. sigmoid.* справа налѣво, затѣмъ впереди ея опять направо, потомъ подъ его собственнымъ началомъ сзади, наконецъ, позади послѣдняго и корня *flex. sigmoid.* опять справа налѣво. *Flex. sigmoid.* сдѣлала заворотъ вокругъ своей оси справа налѣво по типу *rectum en avant*. Часть *ilei*, вошедшая въ составъ узла, составляла нижній конецъ *ilei* длиною въ 6 фут. 9—10 дм., на разстояніи 17 футовъ 2 дм. отъ *duodenum*, и доходила до самой толстой кишки.

2. Въ томъ же году онъ же описалъ еще слѣдующій случай узла.

Мужчина 29 лѣтъ явился въ больницу въ 7 часовъ вечера съ жалобами на общую слабость, сильную боль въ животѣ, которая увеличивалась отъ давленія. Жажда, тошнота, четыре раза рвота; къ утру животъ сильно вздулся, и въ 11 ч. утра больной умеръ.

Вскрытіе. Flex. sign. находится въ fossa il. dex., сильно вздута, темно-краснаго цвѣта. Тонкія кишки, такого же цвѣта, находятся въ regio mesogastrica, въ fossa il. sin. и въ маломъ тазу. Узелъ образовался такимъ же образомъ, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, но flex. sign. сдѣлала полный оборотъ вокругъ своей оси по типу rectum en avant. Петля ilei, вошедшая въ составъ узла, длиною въ 11 ф. 4 дм. отстояла отъ flex. duodeno-jejunalis на 15 ф. и доходила до толстой кишки.

II. В. 1. Кюттнеру въ 1866 г. представился слѣдующій случай узла. (10.) Мужчина 54-хъ лѣтъ былъ привезенъ въ больницу въ состояніи коллапса. Животъ сильно вздутъ, въ regio mesogastrica ясно видны три поперечныхъ контура кишекъ. Послѣ поноса, который продолжался нѣсколько дней, онъ наканунѣ того дня, когда его привезли въ больницу, почувствовалъ внезапно сильную боль въ животѣ, появилась рвота, позывы на низъ. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ поступленія въ больницу онъ умеръ.

Вскрытіе. Въ еpi- и mesogastrium — спавшіяся блѣдныя кишки, въ тазу — вздутыя темно-красныя. Брыжейка тонкихъ кишекъ повернулась около своей оси на 180°. Вслѣдствіе этого петля тонкихъ кишекъ, находившаяся внизу, направилась вверхъ и прошла подъ концомъ ilei, впадающимъ въ слѣпую кишку, и позади обояхъ колѣнъ flex. sign., входя, такимъ образомъ, въ составъ узла, и легла вѣтвь отъ него, составляя какъ бы продолженіе конца ilei. Flex. sign. прошла позади завороченной брыжейки и вышла около соесит'а въ видѣ сильно вздутой петли, длиною въ 2 дм. Вправо отъ нея, наверху, находилась другая часть ущемленныхъ тонкихъ кишекъ. Flex. sign., такимъ образомъ, при выходѣ ея изъ таза, раздѣлила ущемленный ileum на 2 части.



2. (11) Ему же въ томъ же году представился слѣдующій случай. Мужчина 73 лѣтъ почувствовалъ внезапно послѣ двухъ обильныхъ испражнений въ полночь боли въ животѣ. На слѣдующій день его привезли въ больницу умирающимъ, съ сильно вдутымъ животомъ, и въ 2 ч. по полуд. онъ умеръ.

Вскрытіе. Темнокрасныя вздутыя кишки въ лѣвомъ большомъ тазу и подреберьѣ, другая часть кишокъ въ маломъ и въ правомъ большомъ тазу. Flex. sign. длиною въ 1 ф. 6 дм., поднимаясь отъ слѣпой кишки до печени, покрываетъ собою col. ascen. и бѣдный, спавшійся jejunum. Узелъ находится на четвертомъ поясничномъ позвонкѣ и состоитъ изъ трехъ петель: изъ находящагося влѣво lci, вправо и внизу — jejunum и flex. sign. Въ тонкихъ кишкахъ находится заворотъ, при чемъ нижняя часть легла надъ верхней.

**Узелъ, который по своей формѣ образованія заворота находится между I и II груп.**

Въ 1863 году Груберъ<sup>70</sup> опубликовалъ слѣдующій случай узла, который можетъ быть рассматриваемъ такимъ образомъ, что тонкая кишка образовала ось, вокругъ которой вращалась толстая, или толстая образовала ось, около которой вращалась тонкая.

(1.) Мужчина 34 лѣтъ поступилъ въ больницу 24/IV 1861 г. ночью. Боли въ животѣ, животъ не особенно вздутъ, запоръ, тошнота, икота, но безъ рвоты. Въ 12 ч. слѣдующаго дня онъ умеръ.

Вскрытіе. Flex. sign. своей верхушкой находилась впереди слѣпой и восходящей ободочной, непокрытой тонкими кишками. Концы ея, покрытыя тонкими кишками, находились влѣво отъ промонторія, будучи обвиты подвздошной кишкой, которая находилась въ fossa il. sin. и въ маломъ тазу. Въ flex. sign. заворотъ на 180° слѣва направо по типу rectum en avant. Завороченная подвздошная кишка отстояла отъ ileum'a на 5 дм., отъ duodeni на 17 ф. 9 дм. и завернулась тоже на 180°, такъ что нижняя часть легла впереди и влѣво, верхняя — сзади и вправо. Часть подвздошной кишки, находившейся между colon'омъ и узломъ

была подвижна въ правой своей части, а въ лѣвой — приросла къ задней стѣнкѣ живота. Узелъ былъ образованъ такимъ образомъ, что 1) flex. sigmoid. была обвита около ilei, или 2) ileum былъ обвитъ вокругъ flex. sigmoid. 1) При положеніи ilei влѣво, flex. sigmoid. обошла спереди къзади его, потомъ къзади и слѣва направо и къспереди вверхъ. 2) При горизонтальномъ положеніи flex. sigmoid. и свѣсившемся къспереди ileumъ, послѣдній направлялся подъ концами flex. sigmoid. къзади, потомъ влѣво, всерхъ и впередъ, наконецъ внизъ.

III. 1. (4.) Рокитанскій опубликовалъ въ своей упомянутой статьѣ слѣдующіе два случая. Женщина 46 лѣтъ заболѣла послѣ поднятія большой тяжести болью въ правомъ боку, коликами и рвотой. Проболѣвши годъ, она, наконецъ, послѣ погрѣбности въ дѣтѣ, умерла.

Вскрытіе. Подвздошная кишка вмѣстѣ со своей брыжейкой обошла вокругъ толстой кишки, которая имѣла длинную брыжейку, вверхъ, съ внутренней стороны coecae и col. asc. и такимъ образомъ сдавливала ихъ.

2 (6.) Мужчина 61 года, который давно страдалъ коликами, запорами и вздутіемъ живота, заболѣлъ, пронесши тяжесть. У него появилась рвота, которая потомъ перешла въ каловую, и вскорѣ онъ умеръ.

Вскрытіе. Брыжейка тонкихъ кишекъ очень длинна, также брыжейка coecae и col. asc. Последніи перемѣстились въ лѣвую половину живота и удерживались здѣсь обвившимися ихъ тонкими кишками. Тонкія кишки образовали заворотъ вокругъ своей оси и своими петлями обошли спизу вверхъ надъ col. transv. и легли въ правую и подвздошную области, которыя не были заняты толстой кишкой. Такимъ образомъ, та часть толстой кишки, надъ которой прошелъ стволъ завороченной тонкой кишки, была имъ придавлена; это давленіе еще болѣе увеличилось отъ брыжейки, натянутой тяжестью кишки.

3. (1.) Въ обществѣ нѣмецкихъ врачей въ Петербургѣ Груберъ<sup>67</sup> демонстрировалъ 16/X 61 г. слѣдующій препаратъ. Flex. sigmoid. сдѣлала заворотъ около своей оси и потомъ обвивала 2 раза col. asc. Препаратъ этотъ представлялъ внутренности женщины, которая умерла при

симптомахъ ileus'a. Такъ какъ всѣ внутреннія средства не помогли, то была сдѣлана энтеротомія вѣво, въ подвздошной области, причемъ было вскрыто колѣно flex. sign. и вышло много жидкаго кала. Смерть наступила черезъ 36 часовъ.

4. Въ 1862 г. Эриксенъ сообщилъ слѣдующій случай внутренняго ущемленія кишекъ.

(1.) Мальчикъ 15 л. заболѣлъ запоромъ, который не проходилъ ни отъ клизмъ, ни отъ слабительныхъ. Животъ все болѣе и болѣе вздувался, наступила рвота, и больной умеръ на 3-й день. При вскрытіи нашли, что слѣпая кишка и начало восходящей ободочной находились въ области желудка, и по величинѣ кишка тоже соответствовала желудку: неправильно расположенная восходящая кишка занимала, такимъ образомъ, горизонтальное положеніе отъ одного подреберья къ другому. Впередн этой части толстой кишки проходила брыжейка тонкихъ кишекъ, которая ущемляла мѣсто перехода сосисъ въ colon. Узелъ по объясненію Грубера, которому Эр. рассказалъ этотъ случай, произошелъ такимъ образомъ, что сосисъ перемѣстился въ лѣвое подреберье, находясь подъ тонкими кишками, потомъ вокругъ тонкихъ кишекъ, какъ оси, толстая кишка повернулась вправо.

5. Sands опубликовалъ слѣдующій случай.

Мужчина 40 л. заболѣлъ сильнымъ запоромъ и болями въ животѣ. Животъ сильно вздутъ; безирестанная, но не каловая рвота. На 6-ой день предпринята была лапаротомія, при чемъ оказалось, что слѣпая и восходящая ободочная кишки имѣли очень широкую брыжейку. Перемѣстившись вслѣдствіе этого въ лѣвую сторону брюшной полости, онѣ своей брыжейкой ущемили тонкую кишку съ ея брыжейкой, которая находилась съ медіальной стороны col. asc. Кишки были уложены въ надлежащемъ порядкѣ, и брюшная полость закрыта. Послѣ операціи послѣдовали обильныя испражненія. Больной умеръ черезъ 6 часовъ послѣ операціи отъ шока. При вскрытіи можно было убѣдиться, что причина непроходимости состояла только въ упомянутомъ неправильномъ расположеніи кишекъ.

Замѣчательный случай представилъ въ 1877 году въ Société de chirurgie Dr. Fauchon, гдѣ одна часть толстой кишки обвила другую ея часть.

Старикъ 60 л. поступилъ въ больницу S-te-Engénie съ hernia ingu. dex. герон. 10 дней тому назадъ у него послѣ 4-хъ-дневнаго запора развились сильныя колики и позывы на низъ. При ощупываніи живота чувствуется легкая припухлость и чувствительность въ правомъ боку. На слѣдующій день больной умеръ. 2 часа послѣ принятія слабительнаго его начало безпрерывно рвать въ продолженіе 10 часовъ, спустя которые онъ и померъ. За 5 часовъ до смерти рвота стала каловой, и животъ сильно и быстро вздулся, боли увеличились. При вскрытіи толстая кишка найдена особенно вздутой, flex. sigmoid. поднимается въ брюшную полость до нижняго края желудка. Она состоитъ изъ двухъ петель: вертикальной, переходящей въ прямую кишку, и горизонтальной — продолженія нисходящей ободочной. Вертикальная — проходитъ впереди горизонтальной, которая обхватываетъ ее, изгибаясь впереди. Такимъ образомъ, мѣсто перехода flex. sigmoid. въ прямую ущемлено въ  $\frac{3}{4}$  своей окружности брыжейкой горизонтальной петли, осталая  $\frac{1}{4}$  прижата сверху. Въ то же самое время нисходящая часть вертикальной петли загнута влево и впередъ, вслѣдствіе чего образуется уголъ загиба надъ брыжейкой. Прямая кишка заворочена спереди назадъ и слѣва вправо на 180°. Никакихъ сращеній между складками заворота нѣтъ, и послѣднія сглаживаются, когда приводятъ кишки въ обыкновенное ихъ положеніе. При введеніи зонда въ прямую кишку и накачиваніи подъ давленіемъ въ нее жидкости, она немного сглаживается, но жидкость не проходитъ въ flex. sigmoid. Съ другой стороны, не удается пропустить даже газа изъ S. rectum. въ rectum.

Цѣлый рядъ случаевъ ущемленія кишекъ вскорѣ еще будетъ опубликованъ проф. Кохомъ изъ его личныхъ наблюденій.

При разсмотрѣніи случаевъ кишечныхъ узловъ, мы снова видимъ, что во всѣхъ, гдѣ только приведено описаніе кишекъ

и брыжейки, существует какая нибудь особенность ихъ анатомическаго устройства. Или петля толстой кишки слишкомъ развита и тѣмъ самымъ уже отклоняется отъ своего нормальнаго положенія, или брыжейка слишкомъ длинна, и вслѣдствіе этого кишечная петля подвижнѣе нормальнаго, или наконецъ существуетъ анатомическое уклоненіе въ формѣ кишечной петли. Благодаря этимъ условіямъ, которыя основываются на особомъ эмбриологическомъ развитіи и можно объяснить образованіе узла. Понятно поэтому, что такіе наблюдательные анатомы, какъ Kerkring, Morgagni и Ruysch не допускали возможности образованія кишечныхъ узловъ: они имѣли въ виду нормальный кишечникъ, а такой въ самомъ дѣлѣ не можетъ образовать ихъ. Весьма возможно, что узелъ не образуется внезапно, какъ это можно было бы предположить по анамнезу субъектовъ, подвергшихся этому заболѣванію, но развивается медленно; быть можетъ неполный узелъ существуетъ уже раньше, но кишки не настолько еще затянуты, чтобы произвести непроходимость ихъ, которая появляется лишь тогда, когда кишки крѣпко затягиваются. Было бы слишкомъ смѣло предположить, что узелъ въ своей окончательной формѣ существуетъ уже при рожденіи, или задолго до обнаруженія припадка, вызваннаго имъ, но въ виду того, что онъ не затянутъ, проходимость кишекъ еще существуетъ. Нѣтъ описаній такихъ случаевъ, гдѣ при вскрытіи кишечникъ найденъ былъ бы въ такомъ положеніи, въ какомъ онъ бываетъ при узлахъ, и гдѣ проходимость кишекъ существовала бы еще. Единственные случаи, которые приближаются къ узламъ это *superpositio intestini*, въ нихъ проходимость кишекъ можетъ еще сохраняться. Но за то существуетъ много наблюденій, гдѣ проходимый кишечникъ найденъ въ положеніи загиба или заворота. Поэтому легко можно допустить, что при загибахъ и заворотахъ кишекъ, послѣднія уже гораздо раньше припадковъ, вызванныхъ непроходимостью кишекъ, находились въ такомъ

же положеніи, что это положеніе, такъ сказать прирожденное, а непроходимость кишекъ является только вслѣдствіе увеличенія степени этого ненормальнаго положенія. Такое заключеніе является лишь гипотезой и требуетъ дальнѣйшихъ изслѣдованій въ указанномъ направленіи. Для разъясненія этого вопроса слѣдуетъ ожидать любопытныхъ результатовъ отъ сравненія случаевъ *volvulus*'а съ эмбриологическими и сравнительно-анатомическими данными относительно положенія кишечника. Въ случаяхъ *volvulus*'а очень часто является такого рода расположеніе кишечника, которое напоминаетъ собою формы эмбриологическія или такія, какія встрѣчаются у низшихъ классовъ животныхъ, такъ напр. длинныя брыжейки, длинныя *flexurae sigmoideae*, *mesenteria* *complan.* для тонкихъ и толстыхъ кишекъ. Я ограничиваюсь только указаніемъ на эту обширную и еще темную область, которая можетъ еще доставить обильную жатву будущимъ работникамъ. Если настоящая работа послужитъ нѣкоторымъ подспорьемъ при дальнѣйшихъ изслѣдованіяхъ, моя цѣль будетъ вполне достигнута.

## Литература.

---

1. Abercrombie, J. Untersuchungen über Krankheiten des Darmkanals. Aus dem Engl. übersetzt von H. Wolff. Bonn, 1822.
2. Адельманъ (Adelmann). Beiträge zur chirurg. Pathol. u. Therap. der Ernährungsorgane. Prager Vierteljahrschrift 1863. Bd, 78.
3. Albert, E. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Bd. III, 1882. 72-ste Vorlesung.
4. Ammon, Dr. Fr. Aug. v. — Die chirurgische Pathologie in Abbildungen. Berlin 1839.
5. Idem. Die angeborenen chirurgischen Krankheiten des Menschen. Berlin 1842.
6. Amussat, J. Z. Mémoire III sur la possibilité d'établir un anus artif. Lu à l'acad. royale des scienc. 14./VII. 1842.
7. Annasly. On the diseases of India. Lond. 1855. Book IV, Chap. III.
8. M'Ardle. The Treatement of volvulus of the sigmoid flexure by — по Schmidt's Jahrb., B. 239 p. 159 изъ Dublin Journ. of med. scienc. Febr. 1823.
9. Aretaeus. De causis et sign. morb. acutorum. Lib. II, cap. VI. Ed. Kuhn.
10. Aurelianus Caelius. Lib. III cap. XVII acut. morb. Amstel. 1722.
11. Ayres, Ph. Lond. Gaz. oct. 1841, по Zeitschr. für die gesammte Medic., herausg. von Oppenheim, 1842. Bd. XX, pag. 413.
12. Barlow, Dr. G. Guy's Hosp. Report. 1844, Nr. IV, oct. pag. 367.

13. Bardeleben, Prof. Ueber die Lage des Blinddarms beim Menschen. Virch. Arch. Bd. II, 1849.
14. Башинскій, И. И. Объ ущемленіи поперечной части ободочной кишки въ заднематочномъ пространствѣ. Мед. Обозр. 1885, стр. 803.
15. Bednar. Krankheiten des Neugeborenen. Wien, 1850. I, p. 127.
16. Besnier. Mémoire sur les étranglements int. de l'intestin. Paris, 1860, реф. по Liébaut.
17. Blasius. Observation. med. rariores. Приведено у Duchaussoy.
18. Blondeau, Dr. L. Occlusions intestinales. Gazette des hôpitaux, 1857. Nr. 51.
19. Bollinger. Die Kolik der Pferde und das Wurmanenryisma der Eingeweidarterien. München, 1870.
20. Boneti, Th. Sepulchretum s. anat. practica. Lugduni, 1700. T. II, Lib. III.
21. Braun, H., Prf. Operat. Behandl. der Axendrehung der Flex. sigm. 1892. Lang. Arch., Bd. 43, 18.
22. Брунсъ, Г. Случай заворота кишекъ, лапарот. Врачъ 1883. стр. 459.
23. Idem. (Bruhns) Laparotomie bei einem Fall von Darmverschlingung. St. Pet., Med. Wochenschr. 1883, p. 321.
24. Bunzel. Fall v. Axedrehung u. Verschling. der Eingeweide. Oestr. Zeitschr. für prac. Heilkunde 1859, реф. по Schmidt's Jahrb., B. 105.
25. Busk. Internal Strangulation of the sigmoid Flexure of the Colon from the twisting of the itslef. Report of the proceedings of the Pathological Society of London, 15./III. 1847
26. Буяльскій, И. Анатомич. опис. найденнаго превратнаго полож. сердца. С. Петерб., 1824.
27. Wachsmuth, Prof. A. Ileus u. Enterotomie. Virchow's Arch., B. 23., 1862.
28. Валь, Э. ф. Zur Casuistic d. Laparot. bei Darmocclusion. St. Pet., Med. Woch. 1886, Nr. 19.
29. Idem. Die Laparotomie bei Axendreh. d. Dünndarmes. Lang. Arch., Bd. 38., 1888, p. 234.
30. Idem. Wissenschaftliche Verhandl. d. Dorpater med. Facultät. St. Pet., Med. Woch, 1889. Nr. 2.
31. Idem. Ueber die klinische Diagnose d. Darmocclusion durch



- Strangulation oder Axendrehung. Centralbl. für Chirurg. 1889. Nr. 9.
32. Waldenström. Volvulus Laparo-enterotomie. Mars. Upsala läka-förenings förhandlg, 1879. B. 14. s. 501 mitgetheilt von Linstedt, реч. по Schmidts Jahrb. B. 188.
  33. Valleix F. v. Bulletin de la soc. anatomique de Paris, Jan. 1834. по Тольду.
  34. Vassor. De l'étranglement interne et les operations qui lui sont applicables. Thèse Paris, 1852.
  35. McWhinnie A. M. 1 Fall v. Versetzg. der Brust u. Bauchorgane von einer ungew. Verietät im venös. Syst. begleitet. Frorieps Neue Notizen, 1840.
  36. Weil. Zur Laparatomie bei innerer Darmeinklemmung. Prag med. Wochenschrift, 1878 Nr. 31 u. 32.
  37. Wesener. Fuhr u. — em. Fuhr.
  38. Virchow R. Historisches, Kritisches u. Positives zur Lehre von den Unterleibsaffectionen. Virchow's Arch. B. 5.
  39. Idem. Virchow's Arch. B. 22, 1861, p. 426.
  40. Haeser H. Lehrb. d. Geschichte d. Medicin. Jena 1875.
  41. Гакенъ (A. Hacken). Allgemeine Bemerkg. zu d. Hernien u. Laparot. mit Darmimplant. Diss. Dorpat, 1858.
  42. Hauff Dr. Geschichte eines tödtlich abgelauf. Ileus etc. Hufel. Journ. B. 80. 1835, Stück 2 u. 3.
  43. Hauff. 2 Fälle von Laparatomie, Heidelberg, med. Annalen, 1842, p. 428.
  44. Gay. Fatal Obstruction from Twisting of the Mesocol. Transactions of the Pathol. Society of London, 1859. B. X.
  45. Heiberg, J. Ueber innere Incarcerationen. Virchow's Arch. B. 54. 1872.
  46. Гейдингеръ (Heidinger R.). Die Laparot. bei Darmocclusion. Diss. Dorpat, 1861.
  47. Heise. Beitrag zu Ileus. In.-Diss. Berlin, 1880.
  48. Geisler. Handbuch d. Chir. in alphab. Ordnung, herausg. von Dr. J. N. Rust. Berlin - Wien. Article Ileus, Bd. IX.
  49. Henschen. Ileus gjennern börning å coecum; laparo-enterotomie. Upsala läkefören. förhandl. B. 21, p. 130, 1880. реч. по Canstatt's Jahresbericht.
  50. Gerhards. Pankreaskrankheiten u. Ileus. Virchow's Archiv Bd. 106.

51. Herting. Axendrehung des Darms bei Neugeborenen. In.-Diss. Kiel 1888.
52. Hertwig, O. Lehrbuch d. Entwicklungsgesch. Jena, 1893.
53. Hévin, M. Recherches historique sur la Gastrotomie etc. Mémoire de l'acad. royale de Chir. T. XI.
54. Hippocrates. De morbis. Lib. III. Ed. Kuhn. Lip. 1825.
55. Hippocrates Werke. Uebersetzt von Grimm, redigirt von Lilenhain. Glogau 1838. Bd. 2.
56. Höhne, Ch. De Strangulat. intest. interna. Inaug.-Dissert. Vratislaviae 1841.
57. Holt, Dr. Emmet. New-York. Med. Record 1886, p. 342.
58. Goldammer. Ueber Ileus. Deutsch. med. Wochenschr. 1889, Nr. 11, und Berliner klinische Wochenschrift, 1889, Nr. 10.
59. Homolle, M. S. Leçons cliniques du prof. potain recueillées par—. Gazette méd. de Paris. 1879 6./XII.
60. Gomot, E. cm. Polaillon.
61. Hopfengärtner, F. Die angeborenen Anomalien d. Darmen- dig. Diss. Berlin, 1888.
62. Hofmohl, Prof. Dr. Klinische Mittheilungen über Darm- occlusion. Klinische Zeit- und Streitfrage, Bd. VI., Heft 5 u. 6, Wien 1892.
63. Grossheim. Handbuch d. Chirurgie von Rust. Bd. XVII. 1836. Art. volvulus.
64. Грыберъ (Gruber W.). Zeitsch. d. K. K. Gesellschaft d. Aerzte in Wien 1848. Physiologisch- u. pathologisch-anatomische Beiträge zur Kenntniss d. Bauchfells.
65. Idem. Ueber die Incarcerationes interna. Med. Ztg. Russl. 1860 p. 145.
66. Idem. St. Petersb. Med. Ztschr. 1862. II. Prot. d. Vereins deutsch. Aerzte 20/I. 1861.
67. Idem. Ibidem 1862. III. Prot. 16/X. 1861.
68. Idem. Beiträge zu d. Bildungshemmung d. Mesent. Reich. Arch. 1862. p. 588.
69. Idem. Ueber einige seltene durch Bildungsfehler bedingte La- gerungsanomalien des Darms bei erwachsenen Menschen. Bull. de l'acad. imp. de scienc. d. st. Pet. 1863.
70. Idem. Die Darmverschlingung etc. Virch. Arch. B. 26. 1863.
71. Idem. Weitere Beiträge zu den durch Bildungsfehler bedingte Lageveränderg. d. Darms, Virch. Arch. B. 32. p. 94, 1864.

72. Idem. Weitere Beiträge zu den Bildungshemng. etc. Reichert, Arch. 1864. p. 478.
73. Idem. Ueber das Vorkom. eines Mesent. commune etc. Ibid. 1865.
74. Idem. Ueber eine neue Variante d. Darmverschling. etc. Oestr. Ztschr. für pract. Heilk. 1863. Nr. 40. p. 705.
75. Idem. Nachträge zu den Bildungshemng. d. Mesenterien etc. Virch. Arch. B. 44. 1868.
76. Idem. Ueber Darmverschling. etc. Oest. Ztschr. für practische Heilk., 1868 Nr. I. p. 5.
77. Idem. Ein v. einer grossen Ileumportion u. einer kleinen secundären Schlinge d. Flexurae sigm. geknüpfter Knoten. Virch. Arch. B. 48. 1869.
78. Idem. Abhandlg. eines Falles mit einem Mesent. commune etc. Ibid. B. 47. 1869.
79. Idem. Ungewöhnliche Lage einer enorm grossen Flex. sigm. coli. Ibid. B. 56. 1872.
80. Idem. Darmschlingknoten durch Knüpfung d. Flex. sigm. mit 3 Dünndarmschlingpaqueten etc. Ibid. B. 86. 1881. p. 41.
81. Idem. Fälle v. ungewöhnlicher Stellung d. Flex. sigm. etc. Ibid. B. 99. 1885. p. 497.
82. Губаревъ А. Хирургическая анатомія брюшной полости и операция при внутреннемъ ущемленіи кишекъ. Дисс. Москва, 1887.
83. Derouboix. Annales de méd. Belge. Avril 1835. реф. по Schmidts Jahrb. Suppl.-B. I p. 141.
84. Dieffenbach. Operat. Chir. 1848. B. II. p. 439.
85. Dionis. Pet. Anatomia corp. humani. Genev. 1696.
86. Dittrich, Dr. Leistungen der pathol.-anatomischen Lehranstalt zu Prag. Prager Vierteljahrschrift 1846, II.
87. Doeveren, Gual. van — Specimen Observationum academiarum. Lugduni 1765, cap. III.
88. Dupuytren. Leçons orales de clinique chirurgicale. Paris, 1839. T. III., p. 627.
89. Duchassoy. Mémoire sur les étranglements internes. Mémoire de l'acad. de méd. de Paris, T. 24, 1860.
90. Jobert. Traité théor. et prat. de malad. chirurg. du canal intest. Paris 1829, T. I., p. 489.
91. Israel, J. Einige Beobachtungen an Ileusfällen. Berliner klin. Wochenschrift, 1892, Nr. 1.
92. Kade. St. Pet. medicin. Zeitschrift. Bd. XII., 1867, p. 167.

93. Кадеръ (Kader B.). Ein experimenteller Beitrag zur Frage d. localen Meteorismus b. Darmocclusion. In.-Diss. Dorpat, 1891.
94. Calissen. Syst. chirurg. hodiernae. Hafniae 1798.
95. Kellenberger. Plötzl. Verrück. des Col. transv. zwischen Leber und Zwerchfell etc. In.-Diss. Erlangen, 1861.
96. Kerckring. Spicilegium anatomicum. Amstelodami, 1670.
97. Clark, H. F. On a case of Obstruction of the Bowels due to volvulus treated by abdominal section, recovery. Lancet, 1883, p. 678.
98. Klaatseh, H. Zur Morphologie d. Mesenterialbildungen etc. Morphol. Jahresb., Bd. 18, Heft 3 u. 4. Leipzig, 1892.
99. Kleeberg, W. Merkwürdige Zusammensetzung eines Bruches mit gleichzeitiger Umlagerung des Grimmdarms. Rust Magaz. Bd. 34, 1831, p. 350.
100. Clerc, Daniel le—. Histoire de la médecine. Amsterdam 1723.
101. Klob, Prof. Anzeiger der K. B. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 1876, Nr. 12, p. 59.
102. Coats. On Twisting of the intestine as a cause of obstruction. The Glasgow med. Journ. vol. XVI, Nr. 6, 1880, p. 60. no Centralbl. f. Chirurgie 1880.
103. Körte. Beitrag zur Lehre von Ileus. Berliner Klinik. Heft 36. Berlin 1891.
104. Crisp, Ed. Fatal strangulation from the twisting of a portion of the colon. Trans. of the Path. Soc. XXIII, 1872, p. 112.
105. Gruveilhier. Traité d'anat. path. génér. 1840.
106. Idem. Traité d'Anatomie pathol. génér. Paris, I 1849, II 1852, p. 868.  
— Dictionnaire de méd. et de chir. Paris 1829. Article Abdomen.
107. KümmeL. Ueber Laparotomie bei innerer Einklemmung. Deutsche medicinische Wochenschrift, 1886, p. 191.
108. Curling. V M'Whinnie.
109. Curtis, B. F. The Results of Laparot. for Acute Intestinal Obstruction. New-York, 1888.
110. Idem. Enterostomy for Acute Intestinal Obstruction. New-York, 1888.
111. Curschmann, Dr. H. Topographisch-klinische Studien. Die Anomalien der Lage, Form und Grösse des Dickdarms u. ihre klinische Bedeutung. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1894, Bd. 53. Heft 1 u. 2.

112. Кютнеръ (Dr. Küttner in St. Petersburg). Ueber innere Incarceration. Virchow's Archiv, Bd. 43, 1868.
113. Лабуцъ, В. Рѣдкая форма заворота кишекъ. Врачъ 1882, стр. 93.
114. Dal-Lago. Случай внутренняго ущемленія кишекъ. Gazette médic. de Milano 1843, 17. Jan., реф. по Canst. Jahrb.
115. Lange, Dr. Mittheilungen aus dem städtischen Krankenhause zu Königsberg. Deut. Kl. 1858, Nr. 32, p. 315.
116. Léger, M. Deux observations de volvulus de l'S. Bulletin de la soc. anatom. de Paris 1875, p. 628.
117. Leichtenstern, Prof. Dr. Otto. Verengerungen, Verschlösungen und Lageveränderungen des Darms. Ziemss. Handb. d. spec. Path. und Ther. Leipzig, 1878, VII, 2.
118. Léonard M. Arch. génér de méd. Sér. V, T. IV. 1854.
119. Лесгафтъ (Leshaff, Prof.). Die Lumbalgegend in anatomisch-chirurgischer Hinsicht. Reicherts Arch. 1870. p. 264.
120. Лециусъ К. Внутреннее ущемленіе (volvulus). Изъ хир. клиники проф. Н. В. Склифосовскаго. Хирург. Лѣт. Т. II. 1892, стр. 363.
121. Liden, H. Hygieia XIII., Sept. 1880, реф. по Schmidt's Jahrbücher, Bd. 192 p. 266.
122. Liebau. St. Pet. Med. Ztschr. 1862, III, p. 218.
123. Liébaut M. Du volvulus de l'S iliaque du colon. Thèse Paris, 1880.
124. Лингенъ (Lingen). St. Petersburg. Med. Ztschr. I, 1870, p. 170.
125. Idem. St. Petersburg. Med. Woch. 1882, p. 417. Zur Casuistik der Darminverschlungen.
126. Linstedt. Volvulus. Flex. sigm. coli. Laparo-Enterotomia Haalvae Upsala läkaroförenings förhandl. 1879, XIV, реф. по Schmidt's Jahrb., B. 188.
127. Лямбль (Lambl, D.). Incarceratio interna. Разсужд. о распознаваніи и лѣченіи внутреннихъ ущемленій кишекъ. Харьковъ, 1871.
128. Idem. Ueber die Behandlung innerer Einklemmungen. Virch. Arch., B. 45, p. 119.
129. Madelung, Prof. Zur Frage der operativen Behandlung inner. Darmeinklemmungen. Lang. Arch., B. 36, 1887, p. 283.
130. Максимовичъ и Старынкевичъ, см. Старынкевичъ.
131. Maisonneuve. Mémoire sur l'entérotomie etc. Arch. générales de Méd. Sér. IV, T. VII. Paris 1845.

132. Marchand F. Berichte und Arbeiten aus der Geburtshülflieh-Gynäcolog. Klinik zu Giessen 1883, p. 254, по Тольду.
133. Mascarel, F. v. Bullet. de la soc. anat. de Paris, 1840 по Тольду.
134. May, Dr. F. 2 Fälle v. Volvulus. Münch. Med. Woch. 1886. Nr. 7, p. 115.
135. Maydl, Dr. K. Ueber den gegenwärtigen Stand der Darmchirurgie. Klinische Zeit- und Streitfragen. B. II, Heft X. Wien 1888.
136. Meckel, J. F. Handb. d. path. Anat. Leizig, 1812 B. I., p. 519.
137. Melchiori Dell volvolo dell'S iliaca. Annali universali di medicina 1859 pee. no Liébaut.
138. Meyer. Dissert. de strangulat. Argent., 1776 übersetzt in den neuen Sammlungen der auserlesensten Abhandlungen für Wundärzte, Stück 16.
139. Meyer, Sig. De situ viscerum abnormi. Vratislaviae, 1847.
140. Monfalconn, J. B. Dict. des scienc méd. T. XXIII Paris, 1818.
141. Monterossi, P. Ueber widernatürliche Bildungen des Dickdarms etc. Meckels Arch., B. VI, 1820.
142. Morgagni, J. O. De sedibus et causis morborum. Ebroduni 1779 Lib. III., Epist. XXXIV.
143. Moser приведенъ у Тольда.
144. Montard-Martin. L'union médic. 1856 p. 230.
145. Neussel G. A. E. De variis speciebus strangulationis canalis intest. internae. Diss. inaug. Marburg, 1841.
146. Obalinski. Beitrag zur Laparotomie bei interner Darmocclusion. Wien. med. Presse 1884. Nr. 48.
147. Idem. Seltener Fall v. wiederholter wegen innerer Darmoccl. vorgenommener Laparot. Ibid. 1885. Nr. 7.
148. Idem. Ueber den Bauchschnitt bei innerem Darmverschluss Lang. Arch. B. 38. 1888.
149. Idem. Laparotomie bei innerem Darmverschluss auf Grund eigener 110 Fälle. Lang. Arch. 1348 1893.
150. Oldecop J. F. De volvulo. Diss. inaug. Dorpat, 1851.
151. Parker. The Edinb. Medic. and Surg. Journal vol. 64. 1845. p. 306.
152. Paterna, M. Ueber Ileus. Inaug.-Diss. Berlin, 1872.

153. Perls, M. Lehrbuch der allgemeinen Pathologie по Тольду.
154. Peyrot, J. J. Prof. De l'intervention chirurgicale dans l'obstr. intestinale. Paris 1880.
155. Пироговъ (Pirogoff, Prof.). Ueber die Erscheinung pathologischer Processe etc. Vermischte Abhandlung aus dem Gebiete der Heilkunde pract. Aerzte zu St. Petersburg. Sam. VIII. Leipzig, 1852.
156. Polailion. La France médicale. 1883, pag. 85.
157. Poppert Dr. P. Zur Frage der chirurg. Behandlung d. Ileus. Lang. Arch., Bd. 39. 1889.
158. Поляковъ Д-ръ. Объ аномаліяхъ въ положеніи толстыхъ кишекъ. Медицинск. Сборникъ. Кавк. Мед. общ. № 52 реф. по газетъ »Врачъ« за 1891 г.
159. Pfeiffer. De laparotomia in volv. necessaria. Diss. Marburg, 1843.
160. Rehn Dr. L. Ueber Behandlung des ac. Darmverschlusses. Lang. Arch. B. 43. Festschrift pag. 298.
161. Riverii Laz. Praxis medica. Hagae 1651 Lib. V.
162. Rokitsansky C. Ueber innere Darmeinschnürungen. Oest. Med. Jahrb. 1836, Bd. X, pag. 632.
163. Idem Handb. d. spec. path. Anat. Wien 1842, pag. 215.
164. Idem Lehrb. der pathol. Anat., 3 Aufl. Wien 1861, pag. 1832.
165. Röhl. Lehrb. d. Pathol. u. Ther. d. Hausthiere. Wien, 1860.
166. Roepke J. C. A. Quaedam ad constrictionum intest. pathologiam. Diss. inaug. Berol. 1834.
167. Idem. Zur Operation des Volvulus. Centralbl. für Chir. 1883, pag. 681, Nr. 43.
168. Roser. Zur Laparotomie bei Ileus. Deutsch. med. Wochenschr. 1886, Nr. 5 u. 6.
169. Rüter K. Beitrag zur klinischen Diagnose der Darmoccl. durch Strangulation. Deutsche med. Woch. 1890, pag. 335.
170. Ruyschii Fr. Dilucidatio valvularum in vasis lymphaticis et lacteis etc. Amstelodami 1727.
171. Idem. Thesaurus anatomicus quartus Amstel. 1746.
172. Rydiger. Beitrag zur operat. Behandlung innerer Darm-einklemmung. Lang. Arch. Bd. 36. 1887.
173. Самсоновъ (C. v. Samson). Zur Kenntniss der Flex. sigm. coli. Diss. Dorpat, 1890.

174. Sands. New-York med. Record. 1882, pag. 427.
175. Sautvoord van — Ibidem. 1886, pag. 329.
176. Sappey. Traité d'anatomie descriptive. Paris, 1879.
177. Savapoulo Al. De l'étranglement interne et de divers modes de son traitement. Thèse. Paris 1854.
178. Seckendorff E. d. de — Collectanea quaedam de strangulationibus intest. internis. Diss. inaug. Lipsiae 1825.
179. Senn N. The surgical treatment of volvulus. The Med. News 1889, реф. по Braun'y.
180. Сеславинъ М. Н. Случай неправильнаго расположенія толстыхъ кишекъ. Записки Имп. Кавк. Мед. Общ. 1892, реф. по газетъ «Медицина». 1892, стр. 549.
181. Silbergundi. Beschreibung eines Falles von Hernia incarcer. Hufelands Journ. Bd. 69. 1829, Juli, pag. 70.
182. Склифосовскій Проф. Н. И. Примѣчаніе къ статьѣ Деціуса.
183. Söderbaum. Fall of kronis k. volvulus. Eira 1881 p. 293, реф. по Hirsch-Virch. Jahresber.
184. Solmann J. Torsion und Gangrän d. Flex. sigm. Medycyna 1892, реф. по Canstat. Jahresb.
185. Soyka und Epstein, см. Epstein.
186. Spencer-Watson. A case of strangulation of the Bowels from twisting of the sigmoid flexure. Med. Times and Gazette. 1879, pag. 31.
187. Sprengel. Geschichte d. Chirurgie, Bd. II.
188. Старынкевичъ и Максимовичъ. Случай volvulus. Энтеротомія. Врачъ. 1883, стр. 108.
189. Staffel Dr. E. Ueber Verengerung und Verschluss in den verschiedenen Abschnitten des Magendarmkanals und deren chirurg. Behandlung. Sammlung klin. Vorträge von Volkmann. 1889, Nr. 342.
190. Streubel Prof. C. Beiträge zur Erkennung und Behandlung der inneren Darmeinklemmungen. Prag. Vierteljahrschr. 1858, I, pag. 59
191. Swieten van — Praxis medica s. commentarii in Boerhaave Aphorismos. Ed. 4. Lunduni 1738, Pars 4.
192. Тарпенецкій (Tarnetzki). Beiträge zur Anatomie des Darmkanals. Mémoires de l'Acad. Imp. de. scienc. de St. Petersb. Sér. VII, T. 28. 1881, Nr. 9.



193. Theuerkauf C. Zur Behandlung u. Casuistic d. Ileus. Diss. Leipzig 1882.
194. Toldt. Bau- und Wachstumsverhältnisse d. Gekröse des menschl. Darmkanals. Denkschriften der Kais. Wien. Akad. der Wissenschaften. Mathematisch-naturwissenschaftl. Classe. B. 41. 1879, II. Abth. p. 1.
195. Idem. Die Darmgekröse u. Netze in gesetzmässigem u. gesetzwidrig. Zustände. Ibid. B. 56, 1889, I. Abtheil. p. 1.
196. Treitz W. Hernia retroperitonealis Prag, 1857.
197. Treves Fr. Darmobstruction. Ihre Arten, sowie ihre Pathologie und Theraphie. Uebers. v. Pollack. Leipzig, 1886.
198. Troussseau Prof. Ileus spasmodique, Gaz. des hôpitaux, 1856. Nr. 121.
199. Idem. см. Blondeau.
200. Tüngel Dr. C. Zwei Fälle von Enterotomie. Lang. Arch. B. I. 1861. p. 334.
201. Uhde Prof. Chirurgische Behandlung innerer Einklemmungen. Pitha-Billroths Handb. d. spec. Chir. B. III. Abth. II. Stuttgart, 1871—1875.
202. Oulmont. Bulletin de la soc. anat. de Paris 1842, p. 426.
203. Ussing. Ileus fremkaldt ved Axedreining of S. Rom. Laparotomie Helbredelse. Hosp. Tidende 1889, Bd. 6, p. 501 рсѡ. no Hirsch-Virch. Jahresberichte.
204. Fagge H. On intestinal Obstruction. Guy's Hosp. Rep. 1869.
205. Faucon. Bulletin de la soc. de chir. 1877. рсѡ. no Liébaut.
206. Feigel L. Ueber innere Incarcerationen in Folge v. Darmverschlingung. Przegląd lekarski 1878 рсѡ. no Hirsch-Virch. Jahrsb.
207. Idem. Ueber angeborene Lage des Dickdarms in der linken Bauchhöhle in Folge abnormer Entwicklung des Gekröses. Ibidem.
208. Firth Ch. Case of intest. Obstruction and abdom. section. The Brit. Med. Journ. 1882 II. p. 166.
209. Fleischmann. Leichenöffnungen рсѡ. no Самсону.
210. Fräntzel. Enterotomie bei Ileus. Virch. Arch. B. 49, p. 104.
211. Förster A. Die Missbildungen des Menschen. Jena 1861.
212. Фридбергеръ Ф. и Е. Фрэнеръ. Руководство къ частной паталогіи и терапіи домашнихъ животныхъ. Перев. Я. М. Шмудевича С. Петербургъ, 1889.
213. Фроловскій В. Матеріаль къ анатоміи пищев. канала грудныхъ дѣтей. Дис. С.-Петербургъ, 1886.

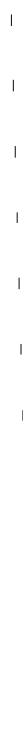
214. Fuhr und Wesener. Zur Enterotomie bei Ileus. Deut. Ztschr. f. Chir. B. XXIII. 1886.
215. Цере-Ф. Мантейфель (Dr. W. v. Zoege-Manteuffel). Zur Diagnose u. Ther. des Ileus. Lang. Arch. B. 41. 1891, p. 565.
216. Zörner E. Bau und Entwicklung des Peritoneums. Diss. Halle, 1881.
217. Czerny. Bemerkungen zur operativen Behandlung innerer Incarceration. Virch. Arch. B. 101., 1885, p. 524.
218. Шапошниковъ Б. О промываніи желудка и проколахъ кишекъ при непроходимости послѣднихъ. Мед. обозр. 1886 стр. 555.
219. Scheede M. Dr. Beiträge zur chir. Behandlung des Ileus Lang. Arch. B. 36, 1887, p. 635.
220. Schlange. Ibid. B. 39, 1890.
221. Schramm Dr. H. Die Laparotomie bei innerem Darmverschluss. Ibid. B. 30, 1884, p. 655.
222. Schwenninger. Experimentelle Studien über Darmeinklemmung. Archiv der Heilkunde, 1873, p. 300.
223. Easton. Montly Journ. 1850, рсф. no Liébaut.
224. Ebers, J. J. H. Dr. Ueber Ileus und seine Behandlung etc. Hufeland's Journal, Bd. 68, 1829, Stück 5 u. 6.
225. Emmert, C. Die Unterleibsbrüche mit einem Anhang über d. Lageveränderungen d. Eingeweide innerhalb der Bauchhöhle. Stuttgart 1857.
226. Engel, Prof. J. Einige Bemerkungen über Lageverhältnisse d. Baueingeweide im gesund. Zustande, Wien. Med. Woch. 1857.
227. Idem. Anatomische Mittheilungen für die Praxis. Ibidem, 1861.
228. Eppinger. Sectionsergebnisse an der Prager pathol.-anatomischen Anstalt, Prag. Vierteljahrsch. Bd. 117, 1873, Heft 1, p. 62.
229. Epstein u. Soyka. Zur Casuistik d. Darmimpermeabilität bei Neugeborenen. Prag. Med. Wochenschr. 1878, Nr. 47—48.
230. Эриксенъ (Erichsen, Dr. J.). Einige seltenere Fälle von Darmeinklemmung. St. Petersburger medicinische Zeitschrift, 1862 II, p. 305.
231. Esau, V. Ueber Axendrehungen des Darmes. Deutsch. Arch. für klinische Medicin, 1875, Bd. 16, p. 474.
232. Esquirol, E. Die Geisteskrankheiten in Beziehung zur Medicin und Staatsarzneikunde ins Deutsche übertragen von W. Bernhard. Berlin, 1838.

- 233. Эттингенъ (R. v. Oettingen). Ueber Enterostomie und Laparotomie bei innerer Darmocclusion.
- 234. Eulenberg Dr. Ueber Form und Lageveränderung der dicken Gedärme bei Geistes- und Gemütskranken. Medicin. Zeitung herausg. vom Verein f. Heilkunde in Preussen 1852, Nr. 45.
- 235. Eustachii Bart. Tabulae anatomicae a Joh. Mar. Lancisio Coloniae, 1717.
- 236. Юрьевская хирург. клиника, скорбн. листъ за 1887, № 232.
- 237. Idem. № 234.
- 238. Idem. № 277.

## ПОЛОЖЕНІЯ.

---

1. Симптомъ, указанный фонъ-Валемъ, является однимъ изъ важныхъ признаковъ внутреннего ущемленія кишекъ.
  2. Употребляемый терминъ „ileus“, обозначая лишь совокупность симптомовъ, не долженъ быть примѣняемъ какъ названіе болѣзни.
  3. При лапаротоміи, въ случаяхъ заворота flexurae sigmoideae, для избѣжанія рецидивовъ не слѣдуетъ ограничиваться однимъ расправленіемъ кишки.
  4. Volvulus, подобно большинству грыжъ, развивается на почвѣ индивидуальныхъ эмбриологическихъ данныхъ.
  5. Накожные сыпи при холерѣ не имѣютъ никакого значенія для предсказанія.
  6. Дѣятельность сердца имѣетъ наибольшее значеніе въ предсказаніи при холерѣ.
  7. Въ борьбѣ съ эпидемическими болѣзнями важнѣе было бы удалять не больныхъ изъ ихъ жилищъ, а здоровыхъ, окружающихъ больного.
  8. Слѣдовало бы обязать водопроводныя общества доставлять безвозмездно воду для надобностей города при борьбѣ съ эпидеміями, какъ это практикуется при пожарахъ.
-



## Опечатки.

Стр.	Строка	Напечатано.	Должно быть.
	Сверху Снизу		
10	17	—	чтобы расправить
15	5	—	такимъ
23	16	—	французскихъ
26	16	—	запоротовъ и на
23	13	—	положений
29	10	—	описаніе
"	—	16	нормального flex. coli lienalis,
"	—	9	прямую
30	18	—	они
"	—	7	справа
31	18	—	прямомъ
34	10	—	длиниѣ
35	—	11	col. flexe.
36	—	11	поворачивала
37	—	7	больницѣ
44	14	—	flex., sigmoid.
45	5	—	пузыремъ
46	3	—	дѣтнемъ
"	5	—	снадѣеюся
"	—	14	нахо. длинѣ
49	1	—	проникло
"	15	—	обратѣся
50	11	—	положеніе
53	1 и 11	—	непряженіи
58	12	—	ею
60	12	—	они
70	15	—	положеніи
72	19	—	осталась
73	8	—	раза
77	2	—	въ теченіи
86	—	5	1887
90	—	12	выдѣлились
"	—	3	приведена
92	4	—	была
"	—	15	обнаружила
102	5	—	принять, ileum
111	13	—	duodeno-jejunalis
112	11	—	jejunalis
116	8	—	основываются